corpus scientificum

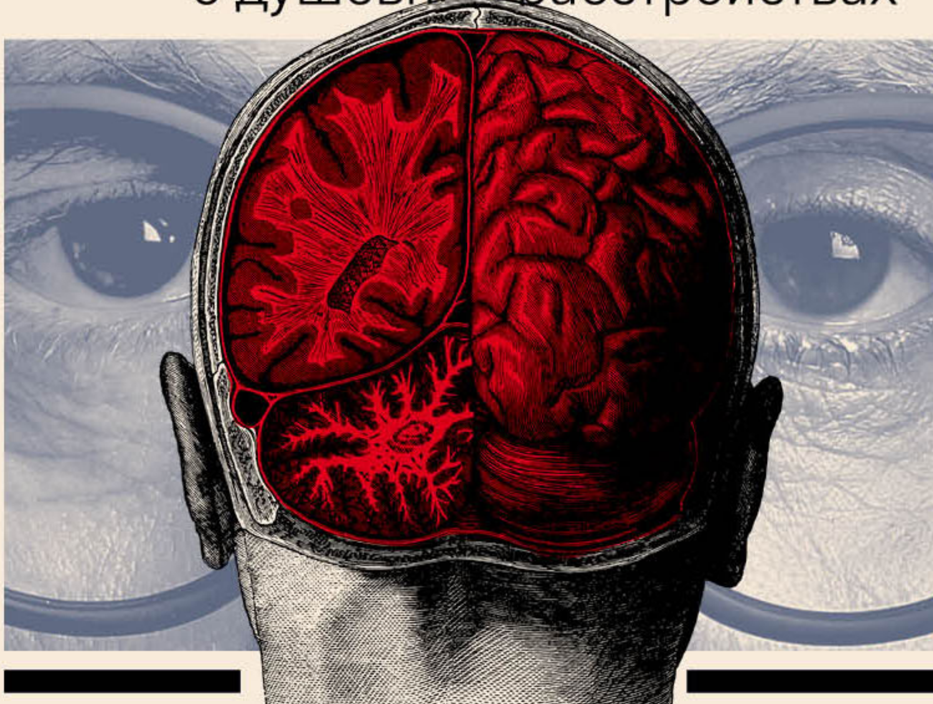
CoRpvS

Красноречивая, увлекательная, полная глубочайшего сострадания книга о том, какими непрерывными мучениями чреваты душевные расстройства и какое гибельное заблуждение считать их менее реальными и достойными, чем так называемые физические болезни. **ГЕНРИ МАРШ, кавалер ордена Британской империи, нейрохирург; автор книги "Не навреди"**

Глядя в бездну

Энтони Дэвид

Заметки нейропсихиатра о душевных расстройствах



corpus scientificum



A Neuropsychiatrist's Notes on Troubled Minds



Заметки нейропсихиатра
о душевных расстройствах

Перевод с английского

Анастасии Бродоцкой



издательство АСТ

Москва

УДК 616.89
ББК 56.14
Д94

This translation of Into the Abyss: A neuropsychiatrist's notes on Troubled Minds is by arrangement with Oneworld Publications.

Художественное оформление и макет Андрея Бондаренко

Дэвид, Энтони.
Д94 Глядя в бездну. Заметки нейропсихиатра о душевных расстройствах / Энтони Дэвид; пер. с англ. А. Бродоцкой. — Москва : Издательство АСТ : CORPUS, 2021. — 256 с. (Corpus scientificum).

ISBN 978-5-17-132691-3

Чужая душа — потемки, а если душа еще и больна, она и вовсе видится нам непроглядной тьмой. Задача психиатрии — разобраться, что находится в этой тьме и откуда оно там взялось, — не только предельно сложна, но и захватывающе интересна.
Семь историй из практики видного британского нейропсихиатра Энтони Дэвида составляют сборник самых настоящих научных детективов. Чтобы расследовать нетипичные случаи душевных расстройств, доктор Дэвид и его коллеги задействуют и последние технологические достижения в своей области, и многолетний клинический опыт, и простые инструменты, доступные каждому из нас: участие, сострадание, умение смотреть на вещи с разных сторон. Заглянув в бездну больного сознания вместе с надежным проводником, мы видим уже не тьму, но кипучую работу научной мысли. И страх сменяется надеждой.

УДК 616.89
ББК 56.14

ISBN 978-5-17-132691-3

Содержание

Введение 11

Глава 1. Dopamine* 21

Глава 2. Strawberry Fields Forever 45

Глава 3. Losing My Religion 77

Глава 4. Just the Two of Us 103

Глава 5 You Are What You Eat 125

Глава 6. Silent Music 151

Глава 7. We Are Family 199

Благодарности 235

Примечания 237

* Доктор Дэвид любит музыку и предлагает своим читателям интеллектуальную игру, называя каждую главу цитатой из песни, создающей эмоциональный фон для рассказываемой истории. Мы не сочли себя вправе лишать этого удовольствия русскоязычного читателя. *(Прим. ред.)*

Имена и личные характеристики некоторых героев этой книги изменены. К сожалению, автор не имеет возможности ни общаться с читателями, ни давать профессиональные советы по поводу их душевного здоровья и психиатрических заболеваний.

Моим родным

Введение

Стоит развернуть любую газету в любой день недели, и там обязательно отыщется статья о душевном здоровье — точнее, как правило, нездоровье. Мы читаем, что эта пагуба встречается все чаще и чаще, не щадит ни молодых, ни старых, ни женщин, ни мужчин. Особенности поведения, на которые мы раньше не обращали внимания, теперь требуют диагноза, и мы, и наши родные и близкие принимаем лекарства или ходим на психотерапию. А профессионалы либо критикуют гипердиагностику и клеймят медикализацию повседневной жизни, либо считают корнем зла современное общество. По их словам, во всем виноваты социальные сети, сексуальное насилие, бедность, богатство, патриархат, феминизм, религия, атеизм — этот перечень можно продолжать бесконечно.

Поскольку моя работа — понимать подобные явления, мне представляется, что во всей этой какофонии прослеживаются некоторые закономерности. Многие доводы из списка вполне убедительны, однако все они освещают происходящее с точки зрения политики или социологии. А когда люди делятся своими невзгодами с самыми близкими, они, напротив, от природы склонны

винить во всем исключительно личный опыт, семейные сложности и взаимоотношения. По моему опыту, о физических болезнях, биохимических процессах, генетике и физиологии мозга задумываются несколько реже.

Современная психиатрия сплетает все это воедино — и биологию, и психологию, и социологию — и строит “биопсихосоциальную” модель душевного расстройства[1]. Эта модель — наша гордость. Она показывает, сколь широки наши профессиональные познания и сколь чужды нам всякого рода догмы. Только вот применять эту модель на практике отчего-то не удается. Каждый раз, когда мы знакомимся с новым пациентом, приходится решать, какая сфера из трех играет самую важную роль — а может быть, какая-то четвертая; иначе нам остается лишь теория, которая объясняет все и ничего.

Чтобы отделить влияние наследственности от воздействия среды, следует, в частности, изучать близнецов, у которых одинаковая ДНК. На другом конце спектра мы имеем возможность анализировать последствия войн, экономического спада, легализации фармацевтических препаратов и внедрения новых методов лечения у целых групп. Кроме того, есть и более “стереотипная” научная работа, которая ведется в лабораториях: опыты на животных, исследования при помощи сканирования мозга и других передовых технологий. Но подобные изыскания, даже высочайшего качества, как правило, дают результаты, применимые лишь на уровне среднего по группе. А когда передо мной отдельная личность, пациент со своей неповторимой констелляцией обстоятельств, даже мощнейшие на сегодняшний день научные методы едва ли позволят ответить на главные вопросы:

почему этот человек так себя чувствует? Что заставляет эту семью так поступать? Почему все это происходит именно с этой женщиной? В крайних случаях подобный пробел в понимании воспринимается как бездна. Недаром Карл Ясперс, философ-психиатр XX века, назвал его пропастью[2].

Поэтому книга “Глядя в бездну” — не руководство для альпинистов, хотя это как раз отличная метафора для моей работы. Здесь описано то, что можно разглядеть, но до чего невозможно добраться. Здесь описаны опасности и тьма внизу. Пропасть Ясперса — непроходимая полоса, отделяющая “нас” от сознания “безумца”, “сумасшедшего”. Мне представляется, что слово “пропасть” — предостережение и декларация бессилия. Да, это метафизическая бездна, но еще это трудная интересная задача.

Первым моим героем в психиатрии был Р. Д. Лэйнг, радикальный мыслитель шестидесятых-семидесятых, живший в Глазго. Первоначально Лэйнг был горячим поклонником Ясперса, но в дальнейшем пришел к убеждению, что сумеет найти подход даже к пациентам с самыми тяжелыми расстройствами, у которых контакт с реальностью особенно неустойчив[3]. С точки зрения Лэйнга, мы могли бы преодолеть эту пропасть, если бы не объективность, та самая позиция, которая определяет научный метод. Я привык воображать себя радикалом и, вероятно, пошел бы по стопам Лэйнга, но на самом деле оказался не таким. Должно быть, я слишком нежно отношусь к твердой опоре, которую дают эмпиризм и строгие логические выводы. Ведь именно на этом строилось мое обучение в одном из самых известных психиатрических заведений Великобритании — что, впрочем,

ничуть не мешает мне по крайней мере пытаться выяснить, что происходит в сознании другого человека.

Ясперс провел важное разграничение между “психологическим пониманием” и “причинным объяснением” человеческого поведения. Психологическое понимание — это симпатия и эмпатия, рассказывание историй, работа в обратном направлении от настоящего к формирующему опыту, словно они лежат на одной непрерывной дуге. Однако этот крайне полезный и иногда красивый способ рассмотрения нашей жизни тоже может оказаться иллюзорным: наша жизнь постоянно подвергается причинно-следственным воздействиям генетики, болезней и даже случайностей. Иначе говоря, с нами происходит много всего, даже такого, во что мы не верим.

Современная психиатрия поступает совершенно оправданно, когда обращается к нейрофизиологии за ответами на некоторые вопросы, имеющие отношение к природе человека, и именно такова была моя ориентация как нейропсихиатра. Однако к некоторым направлениям нейрофизиологии, в числе которых, например, современная психофармакология, остается много вопросов. Нейромедиаторы, биохимические передатчики мозга, часто называют современным аналогом древних гуморов. Подобно тому как древние греки считали, что кровь и желчь определяют сангвинический и меланхолический темперамент, мы говорим о дофамине и серотонине; нас учат, что первый снабжает нас мотивацией, а второй отвечает за настроение. А есть еще и “приливы” адреналина, и “подъем” от серотонина — и многое другое.

Если говорить о дофамине, то его недостаток приводит к болезни Паркинсона, а избыток — к шизофрении. Но тогда как же быть со случаем из главы 1, когда у пациентки наблюдается и то и другое одновременно? Понять суть ее недуга невозможно, не разобравшись в роли дофамина. При этом нестойкое мировосприятие пациентки, сформированное и искаженное химическим дисбалансом, скорее расширяет, нежели сужает наши представления о ее личности.

У каждого из нас в организме есть ком жирного вещества, уютно устроившийся в бронированной оболочке, подпираемой шеей, и это неизбежная биологическая реальность. Мозг, плотный и при этом нежный, крайне хрупок, и череп обеспечивает ему лишь условную защиту. Скажем, если на вас наедет машина, череп не выдержит. Если вы выживете после тяжелой мозговой травмы, можно надеяться, как было у больного из главы 2, что вы встанете на путь исцеления — как и ваш мозг. Разделять подобным образом организм и "Я" — пожалуй, безнадежно дуалистический подход. Мы не задумываемся, откуда берутся наше восприятие и интуитивные догадки, — мы не осознаем ежесекундно, что за всем этим стоит мозг, что это он занимается мышлением. Философы столетиями изучали иллюзию единства, однако зачастую мы начинаем замечать эту связь лишь при повреждении мозга, когда видим, как "био" и "психо" тянут в разные стороны. Предположения и ожидания больного не всегда полностью совпадают с социальным и материальным миром, а его расстроенный мозг мучительно пытается осмыслить эту разницу. Иногда лишь пристальный взгляд на анатомию мозга позволяет нам разобраться

в индивидуальной реакции на травму у конкретного больного. Так что, может быть, не такая уж это и бездна.

Общая цель этого сборника — сузить брешь недопонимания между человеком с психическим расстройством и человеком без него. Все рассказы объединяет одна мощная, пусть и неявная тема: противоречие между точкой зрения отдельного человека и социума. Например, присутствие сейсмических социальных сил, скажем, расизма и расового самоопределения, может очень громко заявлять о себе и в больнице, и в кабинете психиатра, и за их стенами, как мы узнаем из главы 4. Столкнувшись с предрассудками, человек зачастую переживает экстремальные перепады настроения, пока не обретает некоторую гравитационную точку равновесия, более естественный ритм и знакомые утешительные интонации в терапевтических отношениях. Но разве эти отношения не повторяют ту же самую асимметрию власти? Другая мощная социальная сила — особые требования к женскому телу и этика потребления, что в клинической практике проявляется как "расстройства пищевого поведения". В главе 5 мы рассмотрим, как эти ожидания, подкрепленные биологическими императивами голода и размножения, наряду с образом тела в сознании определяют весь жизненный цикл человека. Но если общество способно уговорить нас участвовать в этом, есть шанс, что сами мы можем уговорить себя от этого отказаться.

Противоречие между отдельным человеком и обществом в целом проявляется особенно ярко, когда сталкиваешься с самоубийством. Ведь именно изучение связи статистики самоубийств с культурой и демографией знаменовало рождение социологии как научной дис-

циплины в конце XIX века. Если мы вернемся к нашим газетам, то, скорее всего, обнаружим там распространенное заблуждение, будто бы самоубийство, которое мужчины совершают в два раза чаще женщин, вызвано “кризисом маскулинности” и культурным запретом для мужчин говорить о своих чувствах. Более крупные социальные факторы, например безработица, алкоголизм и наркомания, как правило, игнорируются, как и главный, в сущности, фактор риска — психиатрическое расстройство. Самоубийство — обычное дело в сокровищнице нашей литературы. Случаями суицида пестрят трагедии Шекспира — вспомним “Гамлета”, “Макбета”, “Ромео и Джульетту”, “Антония и Клеопатру”. Однако лучшая профилактика самоубийств — отнюдь не вопрос интроспекции, а работа на уровне популяции: переход с каменноугольного газа на природный, установка ограждений на станциях метро и даже ограничение продажи парацетамола в аптеках. Самоубийство возвращает нас с небес на землю, заставляет отвлечься от широкой исторической перспективы и обратить внимание на мелочи одинокой борьбы, которую ведет каждый из нас в отдельности. На самом деле нам никогда не узнать, почему человек лишает себя жизни. Пожалуй, именно поэтому нам приходится рассказывать все новые и новые истории о самоубийствах — как в главе 3.

Когда психологическое понимание и причинное объяснение сталкиваются, неизбежно напряжение, но если они оказываются нос к носу в одной комнате — не миновать настоящей схватки. Было бы проще простого заявить, что, если это происходит в консультационном кабинете, незадачливому психиатру остается лишь пози-

ция стороннего наблюдателя. Но это позволило бы нам слишком легко умыть руки и вместе с тем приуменьшило бы нашу роль. Кто-то заходит еще дальше и заявляет, что отчасти во всем виновата сама психиатрия — рука государства, буквальное воплощение “полиции мыслей”. Слишком громкое обвинение, однако у него есть некоторые косвенные основания: из всех медиков только мы наделены полномочиями задерживать и принуждать. Мы вправе заставлять лечиться тех, кто от этого отказывается (главы 1, 4 и 6), вправе разлучать людей с близкими. В сущности, психиатр стоит на страже норм и ценностей общества, но не должен ограничиваться пассивным их носительством и тем более торговать ими. От нас не требуется быть безликими и анонимными, будто психоаналитик с карикатуры. Точно так же мы не в силах спрятать собственный пол, расу, социальный класс и полномочия, которыми мы наделены. А если мы сами станем прятаться за этими атрибутами, то перестанем различать границу между нами как личностями и уж точно не сумеем навести мосты через пресловутый разлом. Писать о противоречиях и борьбе — своего рода негативизм, и не все истории болезни хорошо кончаются, однако эти слова пробуждают силы, способные преображать.

В последней главе (главе 7) собраны воедино все темы, прозвучавшие в книге, и это отражено в историях двух человек, с которыми я познакомился примерно в одно и то же время. Как выяснилось, эти истории — совсем разные — содержат в сжатом виде рассказ о пути, который прошла наука о душевных расстройствах за последние сто лет (а на самом деле со времен античности). Древние греки, помимо теории гуморов, придержива-

лись удивительных представлений о роли различных органов, в частности были убеждены, будто матка способна вызывать у женщин расстройство под названием "истерия". Именно это заболевание соблазнило Зигмунда Фрейда оставить стабильную респектабельную карьеру невролога и пуститься в странствие по куда более зыбкому, а временами еще и сексуально заряженному царству душевных расстройств. Прошло сто лет, а мы сталкиваемся с теми же дилеммами и той же неопределенностью.

Последние главы посвящены взаимодействию мозга и разума и их, скажем так, борьбе за контроль. Она может приводить к камерным семейным драмам, которые разыгрываются на сцене биомедицины, а может быть ими спровоцирована. Что подводит нас к вопросу о самом мощном и спорном методе лечения, символе психиатрии, наглядно иллюстрирующем разрыв между физическим и метафизическим, — об электросудорожной терапии (глава 6) и ее более мягкой современной родственнице, транскраниальной магнитной стимуляции (глава 7).

Приведенные здесь клинические зарисовки рассказывают о мощном разрушительном воздействии личных и общественных убеждений — но и о том, как они помогают нам меняться к лучшему, можно даже сказать, исцеляют. Я понимаю, что эти истории однобоки, ведь и мои воспоминания, и манера изложения неизбежно предвзяты, к тому же я находился под влиянием других факторов, не позволявших мне увидеть картину в целом ни тогда, ни, бесспорно, сейчас. Но каждый описанный случай — это встреча, буквально заставившая меня учиться на собственных ошибках и позволившая немного лучше понять

самого себя (если не других). Прежде всего некоторые читатели ужаснутся степени моего невежества. С этим я готов согласиться. Конечно, мириться с подобными обвинениями неприятно, но необходимо. На моей стороне — или, по крайней мере, у меня в тылу — постоянно пополняющийся запас знаний о душевном здоровье и болезни. Они содержатся и в учебниках, и в научных журналах, которые опираются и на биологические, и на общественные науки, — и запас этот так велик, что его уже не вместит ни одна физическая библиотека.

Моя цель — найти применение некоторым накопленным данным (по-моему, они лучше любой мудрости), не обременяя читателя избыточными цитатами. Многие книги укоризненно грозят мне пальцем за то, что я их так и не прочитал, зато кое-какие всегда со мной, и это утешительно — ведь если нужно, они окажутся под рукой. Я упоминаю об этом, поскольку мне хотелось бы еще и немножко избавить психиатрию от мистического флера. В ней много загадочного, но мистического — ничего. Впрочем, как не поразиться, если вся психиатрия сводится к тому, что в комнате сидят двое и разговаривают.

Глава 1
Dopamine

Я впервые увидел Дженнифер в палате скорой помощи, где она неподвижно лежала на койке. В буквальном смысле неподвижно. Она лежала на спине, чуть приподняв голову, так что затылок касался подушки, но не опирался на нее. У Дженнифер был целый ряд сложных и даже противоречивых жалоб, а принимать лекарства она перестала. Она стремительно теряла вес, началось обезвоживание. Пришлось экстренно доставить ее в больницу.

Дженнифер было лет тридцать пять. Происходила она из совершенно заурядной семьи среднего класса. Когда она была еще ребенком, родители расстались, и она жила с матерью до подросткового возраста. Потом у матери появились признаки душевного расстройства — болезненная мнительность и религиозный бред, — однако к психиатру она не обращалась. С тех пор Дженнифер проводила больше времени с отцом. Она хорошо училась и получила стипендию в школе искусств. Занялась фотографией, экспериментировала со съемкой движущихся предметов с большой выдержкой (мчащихся поездов, бегущих детей, парящих птиц). Изобра-

жения у нее всегда получались размытые, вызывавшие смутную тревогу. Примерно в середине обучения, когда Дженнифер было около двадцати одного года, у нее возникли бредовые идеи — в точности как у матери: она была убеждена, что кто-то ворует ее идеи и вещи, начала слышать голос известного киноактера, жившего по соседству. Этот голос говорил ей всяческие гнусности и требовал, чтобы она бросила живопись, иначе ей придется плохо. Дженнифер была вынуждена подчиняться этим приказам. Голос утверждал, что читает ее мысли. Был и женский голос, который Дженнифер не узнавала, и эти голоса переговаривались, комментируя все, что она делала: "Только посмотрите — она встает с постели. Кем это она себя возомнила?" Голоса поразительным образом влияли и на физический мир — вторгались в тело Дженнифер и воздействовали на ее половые органы. Подобные странные переживания — диагностические симптомы шизофрении, этого символа душевных болезней.

Дженнифер обратилась тогда к психиатру, однако, несмотря на все попытки лечиться медикаментозно и общую поддержку, так и не сумела завершить обучение в школе искусств. Лишившись главной цели в жизни, Дженнифер все больше отдалялась от людей и жила одна в съемной комнате на государственное пособие. В местную психиатрическую службу она обращалась только в крайнем случае, никому там не доверяла, правда, антипсихотические лекарства все же принимала. Они "приглушали" голоса, но не заставляли их умолкнуть.

В сущности, Дженнифер не доверяла вообще никому. Она была убеждена, что к ней в квартиру кто-то про-

никает, роется в ее вещах, переставляет мебель и крадет ее скудные ценности. Поэтому она начала везде носить с собой рюкзак, набитый всем ее имуществом, в том числе письмами, документами, музыкальными дисками и рисунками, чтобы они точно не пропали. На груди у нее всегда висела тяжелая камера, дорогая, но обшарпанная. Дженнифер вела себя как фотожурналист без темы — лихорадочно снимала всех новых знакомых и новые места. Объяснялось это тем, что она хотела вести хронику своей жизни: это позволило бы ей при необходимости проверять, что с ней произошло, кто там был, где находились те или иные предметы и так далее — фотографии были ей нужны как свидетельства. Свидетельства чего? Защиты? Обвинения? Это оставалось неясным.

Со временем все наладилось. Дженнифер следила за собой, ходила в магазины за самым необходимым, время от времени фотографировала и рисовала пастелью автопортреты. Она тщательно избегала контактов с людьми, но после множества визитов патронажная медсестра из государственной психиатрической клиники более или менее наладила с ней отношения. В следующие несколько лет врачи перепробовали разные схемы медикаментозного лечения, чтобы контролировать симптомы Дженнифер, но их ждал неприятный сюрприз: у нее стали проявляться весьма специфические побочные эффекты. Дженнифер жаловалась на скованность движений, на сильное слюнотечение. Появился тремор, особенно в правой руке, что мешало рисовать. Складывалось впечатление, что антипсихотические лекарства, блокировав важнейшие рецепторы дофамина в мозге, вызвали у Дженнифер симптомы болезни Паркинсона.

■ ■ ■

Антипсихотические средства были открыты в начале пятидесятых и рекламировались как первые лекарства, способные успокоить, не вызывая сонливости. Одним из главных предметов исследований был нейромедиатор дофамин, который привлек внимание Арвида Карлссона, шведского фармаколога, работавшего в Институтах здравоохранения США. Карлссон показал, что химическое подавление дофамина у подопытных животных приводит к обездвиживанию, и предположил, что болезнь Паркинсона, характерным признаком которой служит такое же замедление движений, вероятно, вызывается недостатком дофамина[1].

Уже было хорошо известно, что при болезни Паркинсона наблюдается дегенерация небольшого скопления клеток в среднем мозге — так называемого *substantia nigra*, "черного вещества", где велика концентрация химического соединения нейромеланина, предшественника дофамина. Эти клетки связаны с базальными ганглиями, которые играют важнейшую роль в контроле над движениями и содержат много дофамина. Базальные ганглии — это небольшие скопления нейронов (нервные узлы) с двух сторон глубоко в основании мозга (в его базальных отделах). В шестидесятые годы экспериментальные и клинические исследования позволили врачам восполнить недостаток дофамина у пациентов при болезни Паркинсона, и лечение дало потрясающие результаты. С тех пор это общепринятый метод лечения болезни, прежде не подлежавшей терапии, и в 2000 году

Карлссон за свою работу вошел в число лауреатов Нобелевской премии по физиологии и медицине.

Примерно в тот же период врачи начали использовать как “транквилизатор” для больных шизофренией препарат хлорпромазин. Впервые был найден метод лечения, заметно снижавший психотические симптомы, однако врачи заметили, что лекарство дает побочные эффекты, напоминающие болезнь Паркинсона. Так мы начали рассматривать эти болезни как зеркальное отражение друг друга: шизофрения вызывается избытком дофамина в главных участках мозга, а болезнь Паркинсона — его недостатком. Эта теория, оригинальная версия дофаминовой гипотезы шизофрении, и сегодня проясняет многие обстоятельства, связанные с шизофренией. В частности, было показано, что большинство лекарств, дающих побочные эффекты, похожие на шизофрению, повышают передачу дофамина — и, напротив, большинство лекарств с антипсихотическим эффектом действуют наоборот, то есть блокируют или снижают выработку дофамина в мозге.

Нейромедиаторы можно сравнить с эстафетной палочкой. Нервы передают информацию в виде электрических импульсов. Они как бегун, начинающий эстафету. Пробежав свой участок дистанции, он должен вложить палочку в руку следующего бегуна. Разрыв между бегунами можно уподобить синапсу, крошечному зазору между двумя нервами. Как только новый нерв надежно перехватил палочку, послание может передаваться дальше. Как и в эстафете, в этот момент поток может быть и усилен, и прерван. При болезни Паркинсона не хватает бегунов, которые несли бы дофаминовую палочку, и до финиша доходит мало палочек. Терапия, восполняющая

дофамин, словно бы доставляет к месту передачи дополнительные палочки, тем самым повышая вероятность, что хоть какие-то из них подберут и понесут дальше. Другие варианты восполнения дофамина предотвращают распад дофамина на рецепторах — то есть “сохраняют жизнь” лишним палочкам, даже если их уронят, и разрешают бегунам их подбирать.

При шизофрении у каждого бегуна слишком много палочек, отчего процесс передачи становится хаотичным. Многие “послания” передаются дальше, даже если не входят в официальную программу эстафеты, и человеку мерещится то, чего на самом деле нет. Антипсихотические препараты, как считается, блокируют рецепторы, либо передавая следующему бегуну поддельные палочки (которые не засчитываются), либо, согласно другой версии теории, ослабляя связь дофамина с рецептором — то есть смазывая жиром руки следующего бегуна, чтобы он выронил палочку.

Если все сводится к избытку или недостатку дофамина, нам следует ожидать, что лекарства от болезни Паркинсона чреваты опасностью вызвать симптомы, подобные шизофреническим, а антипсихотические лекарства — паркинсон*изм*, то есть симптомы болезни Паркинсона. Однако с течением лет теория начала трещать под натиском эмпирических данных, которые плохо ей соответствуют. Более того, оказалось очень трудно доказать, что у всех больных шизофренией избыток дофамина, — и к тому же не все они хорошо реагируют на лекарства, блокирующие дофамин[2].

Одной из первых трудностей, с которыми столкнулась эта теория, стали редкие случаи, когда у больного

есть одновременно и болезнь Паркинсона, и шизофрения. Ведь не может быть, чтобы у тебя одновременно было и много, и мало дофамина! В 1976 году Тим Кроу, выдающийся психиатр-исследователь, опубликовал описание четырех таких случаев; во всех болезнь Паркинсона возникала у больных за много лет до развития психоза[3]. Никто из больных на момент начала психоза не получал лечения, которое восполняло бы недостаток дофамина или усиливало его выработку, поэтому с точки зрения общепринятой теории происходило невозможное. Вероятно, шизофрения и болезнь Паркинсона — все-таки не две крайности одного четкого спектра, а нечто куда более сложное.

■ ■ ■

На антипсихотическое лечение Дженнифер отреагировала относительно хорошо, однако возникший у нее паркинсонизм был неожиданно тяжелым: руки постоянно тряслись, и это не поддавалось сознательному контролю. Лечащих врачей это беспокоило, и они начали медленно и осторожно снижать дозировку лекарств. Дженнифер никогда не любила глотать таблетки, а теперь еще и отвратительно себя чувствовала, поэтому только радовалась такому решению. Врачи решили, что имеют дело просто с побочными эффектами и смогут нащупать золотую середину — минимальную эффективную дозу лекарств, чтобы контролировать симптомы бреда и галлюцинаций, но не замедлять движения пациентки сколько-нибудь заметно. Последовавшие два года выдались довольно

сложными. Снижение дозировки лекарств — пожалуй, предсказуемо — вернуло Дженнифер к убеждению, что за ней ведется слежка, и в результате она заперлась дома и не подпускала к себе даже патронажную медсестру, которая приходила проведать ее. Мало того, снижение дозы привело лишь к минимальному улучшению в движениях. Врачам становилось все труднее поддерживать с Дженнифер хоть какой-то контакт. Когда она лишилась лекарственной поддержки, ее душевное состояние, как и физическое, начало постепенно ухудшаться. Двигалась она как улитка и ходила сгорбившись, словно ей было вдвое больше лет.

Ее лечащий психиатр, обнаружив, что они застряли в этом бедственном положении на несколько месяцев, обратился ко мне за консультацией. Мы решили, что случай Дженнифер необычный и ей, вероятно, будет полезно пройти неврологическое обследование. После долгих уговоров она согласилась. Невролог осмотрел Дженнифер и госпитализировал ее в клиническую больницу, чтобы провести исследования. В конце концов, после долгих колебаний, консультант был вынужден по меньшей мере допустить возможность, что у Дженнифер и в самом деле не только шизофрения, но и болезнь Паркинсона; ведь к тому времени она уже более года не принимала никаких лекарств. Если бы ее состояние было вызвано медикаментами, оно уже успело бы значительно улучшиться.

В число исследований входило и сканирование активных переносчиков дофамина. Для этого больному в вену вводят крошечное количество радиоактивного вещества-метки — оно позволяет увидеть особые белки-

переносчики, которые подхватывают сбившиеся с пути молекулы дофамина, пока мы проводим сканирование. В здоровом мозге должна проявиться "горячая точка", свидетельствующая о концентрации белка-переносчика в базальных ганглиях. Если симптомы болезни Паркинсона вызваны только приемом лекарств, картина будет нормальной, а при настоящей болезни Паркинсона "горячая точка" окажется слабее и "прохладнее". В начале болезни падает выработка переносчиков: раз количество дофамина так резко снизилось, их столько уже не нужно. На снимке Дженнифер было видно, что "горячая точка" значительно "холоднее" нормы. Более того, изображение было асимметричным: болезнь сильнее затронула левую сторону мозга (которая контролирует правую сторону тела), что соответствовало самым тяжелым симптомам Дженнифер. Такая асимметрия типична при болезни Паркинсона, особенно в начале, поскольку дегенерация черного вещества начинается с одной стороны, и это свидетельствовало против токсического действия лекарств или других веществ, поскольку тогда следовало бы ожидать равномерного поражения всех областей.

Невролог пришел к выводу, что у Дженнифер форма болезни Паркинсона, не вызванная, а, вероятно, *спровоцированная* приемом лекарств: то есть болезнь Паркинсона, возможно, проявилась бы у Дженнифер когда-нибудь потом, но воздействие антипсихотических препаратов, блокирующих дофамин, значительно приблизило этот момент. (Это лишь гипотеза, и пока что нет надежных данных, которые позволяли бы сказать, что так действительно могло произойти.) Обычно болезнь Паркинсона начинается лет в шестьдесят-семьдесят, но в отдельных

случаях поражает даже молодых. Иногда при подобном раннем дебюте оказывается, что болезнь уже встречалась в семье, и зачастую выявляют генетическую предрасположенность. У Дженнифер не нашлось ни того ни другого.

Неудивительно, что Дженнифер впала сначала в уныние, затем в депрессию, а затем у нее появились суицидальные настроения. Голоса она теперь слышала практически непрерывно — они обращались к ней с пространными речами, отдавали приказы, в том числе побуждали покончить с собой. Мы с неврологом предложили Дженнифер лекарства, смягчавшие некоторые симптомы болезни Паркинсона, но не задействовавшие дофаминовую систему. Такие лекарства называют антихолинергическими средствами, и в основном они эффективны в начале болезни. Они помогли справиться с тремором и слюнотечением, однако нельзя было пренебрегать и психотическими симптомами. Галлюцинации настолько измучили Дженнифер, что она согласилась на новые антипсихотические препараты. На сей раз мы применили препарат клозапин, который часто помогает при “шизофрении, устойчивой к лечению” и входит в число немногих лекарств, не вызывающих паркинсонизма и не усугубляющих болезнь Паркинсона[4]. Благодаря клозапину, антихолинергическим средствам и регулярному патронажу местной психиатрической службы, которая время от времени уговаривала Дженнифер посещать дневной стационар, у нее начался период относительной стабильности.

Прошло несколько лет, и физические симптомы у Дженнифер, особенно замедленность движений, стали усугубляться, как и следовало ожидать при болезни Пар-

кинсона. Лечащий невролог добавил леводопу в очень низких дозах — это стандартный препарат от болезни Паркинсона, химическое соединение, которое в мозге превращается в дофамин. Невролог опасался, что это обострит галлюцинации и другие симптомы. Он оказался прав.

Дженнифер считала себя подопытным кроликом, и не безосновательно. Мы то чуть-чуть повышали дозу клозапина, то снижали дозу леводопы, колдовали над лекарствами, но на самом деле не были уверены, что облегчаем ее состояние. Дженнифер начала избегать нас. Иногда она появлялась в дневном стационаре с рюкзаком и камерой, неопрятная и изможденная, и исчезала, не дав нам времени даже составить план помощи. Патронажная сестра навещала ее дома, но зачастую Дженнифер даже не открывала ей, а если открывала, ее приходилось долго уговаривать встать с постели. Движения у нее стали мучительно-замедленными, как будто она плавала в патоке. Она отвечала на вопросы, но голос у нее постепенно слабел и в конце концов превратился в шепот. Недели через две такой жизни она практически перестала есть, что неудивительно: у нее уходила целая вечность, чтобы дотянуться до куска хлеба и поднести его к губам. Непрожеванная пища скапливалась во рту.

Потом патронажная сестра не дождалась ответа из-за двери. У порога лежала стопка газет. Нас беспокоило, что Дженнифер не получает никаких лекарств от болезни Паркинсона, отчего она рисковала утратить способность ухаживать за собой, не говоря уже о разных мыслях, которые могли взбрести ей в голову. Где она? Может быть, плохо спит по ночам и днем отсыпается?

Попытки связаться с родственниками ничего не дали. В психиатрической службе начали волноваться. Вдруг Дженнифер дома, но не может подойти к двери? Было решено, что мы должны прибегнуть к последнему средству и взломать дверь, это допускает одна статья закона об охране психического здоровья, ведь было вполне вероятно, что здоровье Дженнифер ухудшилось настолько, что ее жизнь в опасности.

Работники психиатрической службы обнаружили Дженнифер на полу, в испачканной одежде; она была в сознании, не спала, но не могла говорить. Ее руки и ноги были согнуты и застыли в этом положении. Пульс был нитевидный, во рту пересохло. Вызвали скорую помощь, и Дженнифер тут же доставили в больницу. В больнице ее осмотрели, выкупали и переодели в чистое. Ей поставили капельницу и дали антибиотики от легочной инфекции. Врачи вызвали для консультации неврологов и нейропсихиатров. Рабочий диагноз в медкарте был сформулирован на медицинском жаргоне — с вопросительным знаком в начале: “?Кататония”.

■ ■ ■

“Кататония” — широкий термин, охватывающий целый спектр странных особенностей моторного поведения, для которых в целом характерно отсутствие движений (или речи) и сохранение ненормальной позы. В старых учебниках рассказывается, как врачи пытались шевелить конечности таких больных, и ощущение было как от манекена (восковая гибкость): руки и ноги оставались в лю-

бом положении, которое им придавали. Больной зачастую смотрит прямо перед собой отрешенным взглядом и редко моргает. Иногда словом “кататония” называют краткие периоды подобного оцепенения, но я предпочитаю гораздо более узкий смысл: кататонией следует называть преобладающую особенность поведения и внешнего вида пациента в течение нескольких минут, часов или даже дней. Описаны и другие формы кататонии — когда пациент в целом молчит, но повторяет то, что ему говорят (эхолалия), или то же самое, но в движениях — когда он неподвижен, но подражает действиям, совершаемым перед ним (эхопраксия). Кататония — не самостоятельный диагноз, ее наблюдают и при шизофрении, а также при тяжелых аффективных расстройствах, когда настроение у больного предельно снижено (как при ступоре) или, наоборот, предельно повышено (как при мании). Кроме того, она проявляется как реакция на сильнейший стресс или межличностный конфликт.

Когда кататония проходит, человек иногда рассказывает о своих ощущениях. Один больной говорил мне, что думал, будто у него в теле ядерная бомба и стоит ему шевельнуть хотя бы мускулом, как весь мир будет уничтожен. Другая пациентка ощутила единство с Богом и пребывала в экстазе. Но у многих больных после кататонии не остается почти никаких воспоминаний. Более того, весьма вероятно, что многие такие случаи на самом деле не “психиатрические”, а объясняются аномальным состоянием мозга, которое, безусловно, отличается от комы или частичной комы (они дают отклонения на стандартной энцефалограмме, поэтому их легко исключить) и возникает вследствие тонких изменений в химии моз-

га или, вероятно, даже редкой формы энцефалита[5]. Одна нейрохимическая причина кататонии носит довольно зловещее название “злокачественный нейролептический синдром”. Это следствие непредсказуемых идиосинкразических реакций на нейролептические препараты (так изначально назывались антипсихотические лекарства). Старые антипсихотические препараты провоцировали этот синдром у 3 из 100 пациентов, что очень много, однако современные препараты действуют несколько мягче, поэтому расстройство поражает примерно каждого десятитысячного больного. Считают, что это объясняется избыточной чувствительностью к блокировке дофамина, которую вызывают лекарства: у таких больных они почти полностью отключают дофаминергическую активность, а это смертельно опасно. Еще такой синдром бывает при болезни Паркинсона, если резко перестать принимать лекарства.

■ ■ ■

Только тогда, в больнице, я впервые увидел Дженнифер своими глазами. Да, у нее действительно была кататония. Дженнифер словно окаменела. Я задернул занавески вокруг ее койки и присел на край постели. Представился, стараясь говорить ласково и успокаивающе. И стал ждать, что будет. Дженнифер совсем исхудала и была в испарине. Лицо лишилось всякого выражения и словно бы покрылось тонкой пленкой жира. Та самая “маска”, о которой пишут в учебниках.

— Как вы себя чувствуете? — спросил я.

Никакого ответа. Дженнифер смотрела в потолок и почти не мигала.

— Похоже, вам очень страшно, — сказал я.

Она медленно закрыла глаза. В глубокой ямке между ключиц набежала лужица пота. Я промокнул ее салфеткой и осторожно положил руку на запястье Дженнифер.

— Сейчас вы в безопасности. Я думаю, с вами это случилось потому, что вы перестали принимать лекарства. Как только снова начнете, вам сразу станет лучше. Честное слово.

Только сейчас ее губы еле заметно дрогнули. Неужели она хочет что-то сказать? Я нагнулся к ней.

— Дженнифер, повторите, пожалуйста.

Шепоток — на сей раз чуть увереннее.

— Извините, мне никак не расслышать. Повторите, пожалуйста, — попросил я и нагнулся еще ближе.

Она открыла глаза и, похоже, собрала все силы, чтобы наладить со мной контакт.

— Еще раз, уже почти получилось. — Я нагнулся совсем низко, ухом к самым ее губам.

— Отпустите… руку…

Это было трудно назвать даже шепотом. Я отпрянул.

— Ох, простите, я не хотел…

Пришлось мне вспомнить, что Дженнифер — не простая пациентка, ставшая жертвой тяжелой болезни, и нельзя ожидать, что теперь она будет пассивно принимать лечение и благодарить нас. Эта женщина жила по своим собственным правилам. Она была неповторимой личностью — подозрительной, крайне недоверчивой, — ценила независимость и в поисках истины полагалась на собственные источники. Дженнифер страдала физически, посколь-

ку оказалась среди тех несчастных, кто тяжело реагирует на медикаментозное лечение, и при этом стала жертвой недуга, обычно поражающего стариков. Кроме того, она страдала душевно, поскольку ее постигла болезнь — возможно, наследственная, — при которой человека мучают беспощадные голоса, и они преследовали ее повсеместно, пробирались в заповедные уголки ее тела, проникали в самую ее суть, в ее “Я”, в ее сокровенные мысли.

■ ■ ■

Можно ли мужчине-психиатру прикасаться к пациентам? На этот вопрос я в большинстве случаев отвечаю “нет” — но все же не всегда. Случается, что психиатрическая консультация оборачивается вопиющими нарушениями отношений врача и больного. Обстановка таких консультаций интимна, контакты обычно продолжительны, эмоции бурлят, а дисбаланс сил очевиден. Я не верю в полную беспристрастность консультаций, как бывает при ультраформализованном психоанализе, когда аналитик более или менее невидим и уж точно неосязаем. Иногда я обмениваюсь рукопожатием с пациентом на первой встрече, но только если он сам того пожелает. При бреде преследования больному может показаться, будто на него нападают или хотят поставить в безвыходное положение, при обсессивном расстройстве или страхе заражения он испугается, как бы контакт не причинил ему вреда, и начнет тревожиться и размышлять об этом, не успеем мы приступить к работе. Но как быть, если больной расстроен и плачет, вспоминая, например, утрату

близкого человека или другую потерю? Вряд ли мы что-то испортим, если протянем руку и прикоснемся к нему или коротко обнимем на прощание. Интуитивно кажется, что именно так и надо поступить. Никто не требует, чтобы мы были холодны и отстраненны; объективны — да, надменны — нет. Мне часто доводится наблюдать, как неопытные коллеги, когда их пациент плачет, начинают суетиться, ищут коробку с салфетками, бросаются его утешать, боясь, что их сочтут черствыми, а потом заводят стереотипный дуэт: пациент, пытаясь взять себя в руки, произносит "Извините, что это я…", а коллега выдает шаблонный ответ "Ну что вы, ничего страшного".

Конечно, я не люблю смотреть, как люди плачут или впадают в истерику — и никто не любит. Просто я научился подавлять потребность — собственную потребность — немедленно это прекратить. Обычно я наклоняюсь поближе, внимательно смотрю на пациента и изо всех сил стараюсь подобрать полезные слова, которые не были бы клише. Иногда в этот момент мне представляется, что вполне можно протянуть собеседнику руку. Но не стоит обманываться: если бы для того, чтобы утешить в горе, достаточно было прикосновения, скорее всего, больной уже давно утешился бы и ему не понадобился бы психиатр. Когда у человека тяжелейшая депрессия, он обычно не плачет. Этот период у него давно позади.

Эпизод с Дженнифер заставил меня задуматься об этом и отметить, какие неочевидные перемены происходят со мной, когда я как нейропсихиатр перехожу из психиатрической больницы в больницу общего профиля, на чужую территорию. Вот в больнице общего профиля к пациентам прикасаются постоянно. Больного

окружают ритуалами: ему щупают пульс, слушают сердце, промокают лоб, а в неврологическом отделении — сгибают руки и ноги и проверяют рефлексы молоточком, и все это облегчает человеческий контакт. Даже странно, почему другие медики иногда обвиняют психиатрию в том, что там сплошные “телячьи нежности”.

Раньше маститых врачей-клиницистов в больницах было видно издалека. Только мужчины, исключительно в белых халатах поверх элегантных костюмов с галстуками-бабочками — настоящие доктора. То ли дело психиатры, “психи” — мятые вельветовые штаны или мешковатые платья и практичная обувь на низком каблуке. Потом на первое место вышла борьба с госпитальными инфекциями, на смену белым халатам пришла больничная униформа — никаких пиджаков, рубашки с короткими рукавами, одноразовые фартуки и резиновые перчатки. Психиатры за этими новшествами не поспевали, и некоторое время — впрочем, недолгое — мы в своих пиджаках и галстуках или брючных костюмах выглядели элегантнее своих коллег хирургов и терапевтов. Лично меня карающая длань настигла, когда сестра-хозяйка, любительница делать замечания, сузила глаза, нацелилась в меня пальцем и изрекла: “*Вот это* — смертельное оружие”. Я посмотрел вниз, испугавшись, что не застегнул брюки. Она имела в виду мой галстук.

■ ■ ■

Дженнифер провела в больнице несколько месяцев. Прошло очень много времени, прежде чем она смогла

хотя бы самостоятельно глотать пищу, поэтому кормили ее через зонд. Ее швыряло из тяжелого психоза и двигательного перевозбуждения в паркинсоническое торможение с такой силой, что подбирать лекарства было несказанно трудно. Я наблюдал, как другие врачи, в том числе мои коллеги неврологи, проверяли тонус ее мышц, чтобы оценить паркинсоническое оцепенение. Она не отстранялась, но было видно, что физический контакт ей неприятен.

Постепенно я узнал ее ближе. Говорить с ней было нелегко. Зачастую она просто отворачивалась. Иногда я настаивал, но вскоре понял, что это неправильный подход. Лучше просто посидеть рядом, и рано или поздно она произнесет несколько слов. Она была остра на язык ("Опять вы! Что, больные кончились и осматривать некого?"). Иногда она передавала мне сплетни, подслушанные у медсестер, которые были приставлены к ней для "личной гигиены" — у медсестер, которые забывали, что она в полном сознании и все слышит. А иногда впадала в отчаяние, и на немигающие глаза набегали слезы.

— Опять голоса? — спрашивал я тогда.

— Да, — отвечала Дженнифер, но больше ничего. Лишь один раз она после долгого молчания добавила: — За что они меня так замучили?

По крайней мере, я думаю, что она сказала именно это. Ведь на самом деле, возможно, она сказала: "За что *вы* меня так замучили?"

После долгого процесса физического восстановления Дженнифер была переведена в нейропсихиатрическое отделение. Благодаря усилиям Национальной службы здравоохранения, показавшей себя с наилучшей

стороны, Дженнифер получила помощь специалистов по неврологии, гастроэнтерологии и общей терапии, постоянное внимание и заботу медсестер, врачей, физиотерапевтов и многих других. Практически из могилы ее вытащили в состояние, позволявшее перейти к более полной реабилитации. В частности, она постепенно окрепла и стала более мобильной — настолько, что ходила почти нормально, лишь еле заметно подволакивала ноги. Тонко подобранные медикаменты позволяли ей с легкостью есть и разговаривать. Она была подвержена феномену “включения-выключения”, характерному при болезни Паркинсона. Когда последняя доза лекарств перестает действовать, симптомы нарастают не плавно, а резко: вот только что руки и ноги двигались свободно и гибко — и вдруг оказываются совершенно скованными. Это снимается дробным приемом малых доз лекарств — каждые три часа, — хотя такой режим утомителен и для больного, и для тех, кто за ним ухаживает. Это могло осложнить жизнь Дженнифер после выписки, но в остальном она была готова уйти домой. Перед нами была уже не изможденная, всеми брошенная замарашка, прикованная к больничной койке и не способная без посторонней помощи ни поесть, ни помыться, с неизбежностью впавшая в инфантилизм под властью врачей и медсестер. Теперь Дженнифер стала нормальной молодой женщиной, вполне владеющей своим телом, и получила возможность выражать свои желания и надежды и искать общества либо уединения тогда и в том виде, в каком ей было угодно.

Что касается психотических симптомов, их удалось приостановить благодаря клозапину. Голоса, в том чис-

ле и знакомый ей голос киноактера, никуда не делись, и Дженнифер время от времени ощущала, какие они злобные, но чувствовала себя достаточно сильной, чтобы не вслушиваться в слова. Кроме того, она говорила, что хотя двигаться ей стало значительно легче, иногда у нее возникает ощущение, что она не вполне контролирует свои движения. По ее словам, она была словно камера, которую настраивают для съемки под открытым небом — то приближают изображение, то делают панораму влево, то наклоняют вправо… Она подозревала, что за этим стоит "он", но наверняка сказать не могла. Психиатры называют такие жалобы "автоматизм" — и это классический симптом шизофрении: человек считает свое тело (и разум) пассивной жертвой внешних воздействий, сопротивляться которым он не в состоянии[6].

Главным для Дженнифер было самовыражение в творчестве. При нормальном финансировании центры психиатрической реабилитации приглашают эрготерапевтов, а иногда и арт-терапевтов. В отделении, где я работал, нам посчастливилось привлекать самых разных высококвалифицированных специалистов, которые были полны свежих идей и постоянно придумывали новые способы увлечь больных и сотрудничать с ними. Дженнифер радовалась долгожданной возможности самовыражения, поэтому относилась к арт-терапии с большим энтузиазмом, тем более что у нас был прекрасно оборудованный класс для занятий изобразительным искусством. Сотрудники привлекли всех больных, а также местные организации и волонтеров, чтобы устроить выставку. Дженнифер оказалась в своей стихии. Она не только создала несколько новых работ — портретов других больных и автопор-

третов, — но и обрамила и принесла несколько старых картин и фотографий. Я гордился ею.

Выставка открылась солнечным летним днем в отделении эрготерапии. Пришло много народу — пациенты, их друзья и родственники, сотрудники клиники, просто любопытствующие зрители. Многие экспонаты предназначались для продажи. Мне бросилась в глаза одна работа. Это была фотография Дженнифер с длительной экспозицией. Разобрать, что именно на ней изображено, было трудно, но Дженнифер сняла вечернюю панораму парка развлечений. Передо мной было живое, яркое, но размытое изображение — машинки на картинге или карусели, обмотанные размазанными линиями электрического света. Камера дрожала. Паркинсонизм. Как кстати оказался тремор. Я спросил, сколько стоит снимок. Восемьдесят фунтов. Многовато, подумал я. Наверняка после всего, что мы прошли вместе, после долгих месяцев тщательного ухода и кропотливого лечения, после долгих часов, которые я провел у постели Дженнифер, после того, как мы вместе радовались ее постепенному выздоровлению, она сделает мне скидку… Дженнифер уставилась на меня немигающим взглядом, непроницаемым и ни чуточки не сентиментальным.

Я вручил ей деньги.

Глава 2
Strawberry Fields Forever

Патрик был приверженец здорового образа жизни и спортсмен-энтузиаст. Он недавно женился и успешно строил журналистскую карьеру — но жизнь его в один миг полетела в тартарары: в его велосипед сзади врезался грузовик на скорости пятьдесят миль в час. Возможно, Патрик хотел свернуть вправо. То ли водитель не заметил его сигнала, то ли решил обогнать его, положившись на удачу. В результате Патрик полетел кувырком через капот и разбил лобовое стекло. Его срочно доставили в больницу и поместили в реанимацию. Он был без сознания. На снимке были видны множественные гематомы мозга (проще говоря, синяки), у него была сломана рука. Все говорили, что при таких травмах он чудом остался в живых.

Примерно через неделю Патрик начал приходить в себя. Воспоминаний об аварии у него не сохранилось. Он мог говорить и двигать руками и ногами, но левая сторона тела у него ослабела, и сказывались последствия сотрясения: он не помнил, какой сегодня день, где он и как сюда попал. Прошло около месяца, и он начал участвовать в реабилитации. Снаружи казалось, будто он

возвращается в норму очень быстро, и во многих отношениях он был идеальным пациентом: ему было тридцать два, он находился в прекрасной физической форме, спортивный, умный, во всех отношениях славный молодой человек, отнюдь не любитель острых ощущений, никогда не злоупотреблявший ни алкоголем, ни наркотиками — и никакой психиатрической истории. Патрик никогда не отлынивал от упражнений и во всем слушался реабилитологов.

Не всегда все шло гладко. Иногда Патрика подводила память, и он по многу раз подряд спрашивал, где он. Ему было трудно придерживаться сложных инструкций (сделай это, а когда доделаешь, сделай то). Он сбивался с мысли, сердился и иногда замыкался в себе. Шли месяцы, и физически он вернул себе способность делать почти все, что раньше: ходить, бегать, даже ездить на велосипеде. Но ментально все так и не наладилось. Патрик был какой-то потерянный. Он мог назвать дату и время, сказать, где он, как называется больничное отделение, кто он такой и как зовут его врачей. Но время от времени он озадаченно озирался и говорил: “Неужели это взаправду? Какое-то тут все нереальное”. Врачи обычно старались его успокоить. Ведь он пережил страшную аварию. Он мог погибнуть. Конечно, это потрясение. На месте Патрика кто угодно стал бы задавать врачам вопросы о реальности и даже о смысле жизни!

Со временем Патрик достаточно оправился, чтобы вернуться домой, а в реабилитационный центр должен был ходить два раза в неделю. Его жена Викки очень старалась ему помочь. Все считали, что они очаровательная пара. Викки работала на телевидении. Она обладала ис-

крометным нравом и изо всех сил старалась держаться бодро и оптимистично, но ей становилось все труднее. Патрика было не узнать. Он стал мрачным, вспыльчивым и раздражительным, не видел смысла чем-то заниматься. Плохо ел и спал, запустил себя, нерегулярно мылся и не выказывал интереса ни к своему внешнему виду, ни к их новому дому. Викки решила дать ему больше личного пространства, они перестали спать в одной постели. Сотрудники больницы предупреждали супругов, что всего этого следовало ожидать после такой серьезной черепно-мозговой травмы. Однако, несомненно, были и другие причины, и Викки твердо решила докопаться до истины.

Как-то раз она достала их свадебные фотографии и принесла в реабилитационный центр. Она хотела, чтобы все поняли, что человек, с которым они имеют дело каждый день, — не настоящий Патрик: фотографии не лгут. На снимках Патрик был красив, оживлен, обаятелен и — судя по выражениям лиц окружающих — остроумен и забавен. Вот этого мужчину Викки и полюбила. Сотрудники собрались вокруг и ахали: какая все-таки очаровательная пара! Все наладится. Надо просто набраться терпения. Исцеление — это процесс, на него нужно время.

Патрика это ничуть не подбодрило — напротив, он еще глубже погрузился в отчаяние. В тот вечер он напустился на Викки: зачем она притащила в реабилитационный центр эти дурацкие фотографии? Что она хотела доказать? А потом прогремел взрыв: “Ты ведь даже не моя жена. Ты не настоящая Виктория”. Патрика прорвало. После аварии у него постоянно было ощущение, будто что-то идет неправильно. Все вокруг было какое-то странное, словно бы неуловимо иное. И сам он стал дру-

гим. Дело не в том, что после аварии остались шрамы, — все было гораздо глубже. Патрик даже не был уверен, что жив. Возможно, он погиб в аварии — много ли на свете велосипедистов, которые остались живы, когда их сбил грузовик на скорости пятьдесят миль в час? Впору прийти к выводу, что все это такая загробная жизнь, своего рода чистилище. Всех, кого он знал, подменили, и самозванцы пользуются их телами, будто "ракушками". Понятно, что он не может спать с этой женщиной: ведь это была бы супружеская измена. Он любит *настоящую* Викки, и она где-то есть, и он ее не предаст.

Викки была потрясена. Какая жестокая шутка судьбы — ведь она принесла свадебные фотографии, чтобы показать всем "настоящего" Патрика! Естественно, камера не в состоянии передать человека как он есть, это всего лишь приглаженная моментальная картинка. Оказывается, их обоих тревожило, что же произошло с "настоящим" Патриком, но по разным причинам. Патрик и правда изменился — на самом глубоком уровне. И не только из-за реальных последствий аварии: он стал фундаментально иным *в собственном сознании*, он отрицал собственное существование. Патрик стал ненастоящим, а вместе с ним стал ненастоящим весь его мир.

Последовавшие несколько недель были ужасны. Викки пыталась урезонить Патрика, но это не приводило ни к чему, кроме ссор. С точки зрения Патрика, любые новые доводы лишь доказывали: все, что он знал и ценил, стало другим. Ему было невероятно одиноко, он понимал, что все, что с ним происходит, выходит за рамки нормального человеческого опыта. Он не мог так жить. Как-то ночью он забаррикадировался в гостевой комнате.

Когда Викки удалось взломать дверь, она обнаружила, что Патрик обмяк в кресле. Он набрызгал в чашку жидкости от мух из баллончика и попытался выпить. Викки вызвала службу спасения.

Патрика отправили в ближайшую психиатрическую больницу. У него диагностировали тяжелую депрессию. Все признаки были налицо, в первую очередь — крайне сниженное настроение на грани отчаяния, попытка самоубийства, отсутствие мотивации, а также плохой сон и аппетит. Полный набор. Психиатры называют это “психотической депрессией”, что предполагает также наличие бреда и галлюцинаций. Патрик утратил связь с реальностью.

■ ■ ■

Галлюцинации определяют просто как “восприятие без объекта”, которое нельзя свести к сновидениям или просоночным состояниям при засыпании и пробуждении, и считается, что человек не в силах их контролировать. Бред же можно определить как ложные убеждения, но стоит об этом задуматься (чем философы и психиатры занимаются уже сотни лет), как окажется, что такое определение отнюдь не достаточно[1]. Во-первых, вдруг твое убеждение окажется истинным? Начинаешь подозревать, что у твоего спутника жизни интрижка на стороне, признаешь, что для этого нет ни малейших оснований, и считаешь это бредом. А впоследствии выясняется, что интрижка и вправду имела место, а значит, у тебя был не бред. Тогда можно, пожалуй, назвать бред необоснован-

ным убеждением. Казалось бы, выход найден. Ну а если я убежден, что когда-нибудь стану капитаном сборной Англии на чемпионате мира? Мечта, фантазия, пустые надежды — пожалуй, но бред? Нет, это чересчур. Если меня спросят, действительно ли я в это верю, я признаюсь, что подобное вряд ли произойдет — хотя логически вполне возможно[2]. А как тогда быть с теми, кто утверждает, что верит в сверхъестественное существо, создавшее вселенную? Они что, бредят, раз это заявление невозможно подкрепить надежными данными? Пожалуй, называть подобные утверждения бредом не слишком целесообразно. Как прекрасно знает эволюционный биолог Ричард Докинз, это отличный повод для увлекательной дискуссии, но все же не стоит вешать ярлык патологии на огромное количество людей, в остальном здоровых.

Нет, определение бреда должно содержать оговорку, что это убеждение, как бы твердо ни придерживался его конкретный человек, не распространено широко и не объясняется общими культурными ценностями. Но как тогда быть с убеждениями, которые мало кто разделяет и которые по природе своей таковы, что их нельзя ни подтвердить, ни опровергнуть? Если кто-то говорит, что мир обречен, чем это доказать? Положим, мы знаем кое-какие факты о нашей планете, и из них можно сделать вывод, что подобные утверждения истинны или — на основании не менее солидных данных — ложны, а можно заключить, что трудно сказать наверняка. А некоторые убеждения принадлежат к числу оценочных суждений и потому субъективны.

Если кто-то считает самого себя дурным человеком, бред ли это? В психиатрии подобное убеждение рас-

сматривают как симптом депрессии, для которой характерна низкая самооценка, и в крайних проявлениях его можно назвать и бредом. Здесь придется учесть другие факторы, строго говоря не имеющие отношения к эпистемологии, то есть к истинности самого утверждения, — вторичные эффекты, накапливающиеся *вокруг* убеждения. Если убеждение, что вы дурной человек, непоколебимо, занимает все ваши мысли, накрывает вас с головой, лишает присутствия духа и вызывает желание наложить на себя руки, оно, несомненно, “аномально” и “патологично”.

Какое же определение нам остается вывести? Бред — фиксированное необоснованное убеждение, не разделяемое культурной средой человека и оказывающее отрицательное воздействие на него самого и, возможно, на кого-то еще. Оно может быть нелогичным, а может и не быть. Оно может относиться к ценностям, а не к фактам, но и это не обязательно. Пожалуй, ничего лучше мы не сформулируем.

Иногда тот или иной бред приобретает особый статус — обычно потому, что накапливается. Дайте бреду броское название — и ему обеспечена долгая жизнь. В 1923 году выдающийся психиатр Жозеф Капгра, работавший тогда в Париже, совместно с коллегой опубликовал подробное описание случая женщины, у которой был детализированный бред, будто некоторые люди в ее окружении, в частности ее муж, — не те, за кого себя выдают. Это назвали *l’illusion des sosies*, “иллюзия двойников” — отсылка к античному мифу, в котором бог Гермес принимает облик слуги по имени Сосия, чтобы помочь Зевсу, царю богов, соблазнить смертную женщину Алк-

мену. Такая иллюзия двойников вскоре получила название синдрома или бреда Капгра.

Последовало множество описаний аналогичных случаев, одно эффектнее другого. Самым жутким, пожалуй, был эпизод, когда мнимого двойника обезглавили, чтобы явить его нечеловеческую природу. Несколько описаний объединялись общими темами, например близкими отношениями между больным и предполагаемым самозванцем; кроме того, оказалось, что подменить или подделать можно все что угодно, от очков до домашних животных. Был выявлен и другой клинический фактор: во многих случаях (правда, не во всех) у больного было то или иное повреждение мозга или дегенеративное заболевание. Патрик, безусловно, относился к этой категории.

Похоже, одной разновидности бреда с туманным французским названием было мало — свое имя есть и у бреда, когда человек считает себя мертвым. Это *le délire des negations*, что обычно переводят как “нигилистический бред” или называют синдромом Котара в честь Жюля Котара, другого парижского врача. Он был скорее неврологом, нежели психиатром, и описал первые случаи подобного рода в восьмидесятые годы XIX века. Суть этого бреда — убеждение, что человек мертв или превратился в нежить, но есть и другие варианты: скажем, больной считает, что у него нет внутренних органов или они сгнили либо что мир вокруг выжжен и безлюден. Кроме того, Котар сразу отметил, что больной стремится это прекратить любыми средствами и зачастую считает, что его надо не просто убить, а уничтожить или даже принести в жертву. Пребывать в этом состоянии наверняка невыносимо, и похоже, именно в его власти находился Патрик.

■ ■ ■

К этому времени Патрик пришел к убеждению, что умер и находится в каком-то промежуточном состоянии между жизнью и смертью, в параллельном мире, где все настоящее заменено подделками. Здесь прослеживаются некоторые культурные мотивы — вспомните зомби, ходячих мертвецов, всякого рода доппельгангеров, "Степфордских жен", "Шоу Трумэна", "Нью-Йорк, Нью-Йорк". Но это не распространенные верования в религиозном смысле. Никто в культурном окружении Патрика не разделял его убеждений, особенно жена. Говорить, что ты умер, — откровенное противоречие, а если вдобавок ты еще и стремишься убить себя, логика настолько извращается, что от нее одной впору спятить.

Местная психиатрическая служба занималась Патриком не покладая рук. Врачи часами ломали голову над его страхами и опасениями. С ним работали не только психологи: ему предлагали мощные антидепрессанты и антипсихотические средства. Настроение у Патрика понемногу улучшилось, суицидальные мысли отступили. Сотрудники центра деятельно помогали ему вернуться к нормальному распорядку дня, вовремя мыться, одеваться, есть и даже работать. Патрик и Викки ходили к семейному консультанту и пытались по-новому наладить отношения. Им помогали понять, как черепно-мозговая травма сказывается на всех аспектах жизни и благополучия человека. Через год, после долгой госпитализации и последующего амбулаторного лечения, положение стабилизировалось — но никакого прогресса не наблю-

далось. Патрик пытался работать дома, что-то писал, но ему было трудно сосредоточиться. Викки приходилось работать с утра до ночи, чтобы выплачивать ипотеку. Похоже, им было полезно реже видеться. Они избегали разговоров о природе реальности и подобных материях, поскольку такие беседы просто ходили по кругу. Викки не могла с сочувствием относиться ко всему, что говорил Патрик, а ему от этого становилось все более одиноко.

Патрика направили в нашу нейропсихиатрическую службу. Я встретился с ним и с Викки и объяснил, что у меня вовсе нет уверенности, что мы сможем многое им предложить, но мы попробуем кое-что исследовать и, может быть, подойдем к проблеме с новой стороны. Очевидная привязанность супругов, несмотря на препятствия, которые возвела между ними болезнь Патрика, произвела на меня сильное впечатление. После этого я несколько раз беседовал с Патриком, и мне представлялось, что с ним у нас получится работать. Да, он увяз в болоте диких навязчивых идей, однако, похоже, был способен посмотреть на себя со стороны и усомниться в них. Я видел, что он серьезен и упрям, но готов учиться. Провести грань между фундаментальными чертами его личности и искажениями в результате травмы было непросто. Патрик был сыном директора школы и гордился своей методичностью и умением “делать домашние задания”. Он был настоящий кладезь премудрости — похоже, запасы знаний уцелели, хотя в остальном память сильно пострадала. Даты и счет важных спортивных состязаний никуда не делись, что неудивительно для спортивного журналиста. К тому же Патрик мог в мельчайших подробностях описать достоинства и недостатки,

скажем, велосипедной трансмиссии фирмы *Shimano* по сравнению с *Campagnolos* — лишь бы нашелся терпеливый слушатель.

В частности, стоял вопрос, каковы масштабы повреждения мозга у Патрика. Мы сделали ему МРТ (магнитно-резонансную томографию), которая на данном этапе уже показала, какие последствия травмы сохранятся у Патрика пожизненно. (МРТ дает весьма подробную картину структуры мозга с разрешением до 1–2 мм, в том числе показывает серое и белое вещество.) Она выявила скверные изменения и в белом, и в сером веществе. Белое вещество мозга — это скопление связующих волокон, каждое из которых обернуто в изолирующий слой жира (миелина), ускоряющего передачу электрических импульсов. Серое вещество окутывает мозг снаружи, словно смятое толстое одеяло. Оно состоит в основном из клеточных тел — машинных отделений клеток — и активно снабжается кровью, чтобы обеспечивать их топливом и удалять отходы. В реальной жизни оно розовато-серое. Каждая клетка мозга связана с другими и на вход, и на выход, поэтому под микроскопом напоминает осьминога.

У Патрика были обширные шрамы в белом веществе — и в лобных, и в височных долях. МРТ ясно показала, что некоторые связи повреждены. Это могло повлиять на логическое мышление и восприятие. Нашлись и следы гематом в сером веществе, опять же в лобных и височных долях, больше справа: на МРТ видны продукты распада крови, поскольку сканирование фиксирует содержание железа. (Такая локализация повреждений объясняет, почему у Патрика поначалу ослабела левая половина тела.)

Кроме того, на сканах было видно, что борозды — внутренние складки серого вещества — в целом шире, чем обычно бывает в возрасте Патрика, что говорило о разрушении мозга и гибели нервных клеток, вероятно, в результате удара при падении с велосипеда. Когда мы стареем, мозг уменьшается в размерах, и борозды расширяются, а извилины — внешние складки — сужаются (атрофия), поэтому складчатость становится более выраженной. Мозг Патрика выглядел как у человека вдвое старше. Еще на МРТ выяснилось, что внутренняя часть его височной доли, в том числе гиппокамп — завиток серого вещества, словно подоткнутый под мозг с обеих сторон, — симметрично уменьшилась: ничего удивительного, что у Патрика пострадала память.

Осмотрела Патрика и главный нейропсихолог отделения. Она провела целую череду тестов, чтобы выявить и оценить отклонения в речевых способностях, восприятии, памяти и логике. При помощи подобных тестов нейропсихологи делают выводы, какие именно участки мозга повреждены, поскольку для каждого из них характерен особый набор отклонений. В случае Патрика тестирование заняло несколько часов, и его пришлось растянуть на несколько дней, чтобы не утомить больного и дать ему возможность показать наилучшие результаты. Интерпретация результатов требует умения и опыта — и не в последнюю очередь творческого подхода. О многом говорят не только полученные баллы, но и то, как именно пациент подходит к заданиям — как решает головоломки, как запоминает последовательности и так далее.

Тесты показали, что IQ Патрика в целом вернулся к уровню, которого следует ожидать у человека его про-

фессии и с его образованием. Учитывая, в какую страшную аварию попал Патрик, это была блестящая история выздоровления. Зрительное восприятие не пострадало: он мог копировать формы, называть предметы и находить отличия между похожими изображениями. Но в некоторых областях он показал себя хуже ожидаемого. Память была вполне приличной, однако Патрик начинал делать ошибки, если его подгоняли. Ему дали рассмотреть несколько жанровых сценок, а потом показали очень похожие сценки в парах (причем одну из пары он уже видел). Задача была показать, какую сценку он узнал. Если показывать наугад, вероятность дать правильный ответ составляет 50%. Большинство здоровых испытуемых дает 90% правильных ответов. Результат Патрика значительно превышал случайный, но был ниже нормы для здорового человека.

Один тест вызвал у Патрика особые трудности. Это был “Висконсинский тест сортировки карточек”. Испытуемому дают колоду карт, различающихся по трем параметрам: форма изображения (квадрат, круг, крест или звездочка), количество (до четырех) и цвет (красный, зеленый, синий или желтый). Сначала получаешь четыре карты, которые выкладывают перед тобой в ряд: например, красный круг, две зеленые звездочки, три желтых квадрата и четыре синих креста. Твоя задача — определить, каким образом следующая карта впишется в последовательность. Скажем, тебе показывают карту с желтым крестом. Ты выдвигаешь гипотезу и помещаешь эту карту рядом с желтыми квадратами (сортируешь по цвету). Но нет, это неверно. Тогда ты выдвигаешь гипотезу, что дело в форме, и помещаешь карту рядом с синими

крестами. На сей раз ответ верный. Распределять карты дальше проще простого: надо обращать внимание только на форму. И тут правила внезапно меняются. После нескольких проб и ошибок догадываешься, что теперь критерий сортировки — количество. Значит, можно не обращать внимания на форму и цвет, а думать только о количестве изображений. И так далее. Некоторым испытуемым тест дается трудно, поскольку у них уходит много времени на вывод “правила сортировки”, а потом они его забывают. Но иногда возникает другая сложность: испытуемый вывел правило и продолжает придерживаться его и после того, как ему сказали, что критерий изменился. Ты отбираешь карты с красными изображениями, хотя давно пора перейти на треугольники. Такая разновидность ошибок уже интереснее. Психологи называют ее “персеверация”, и она свидетельствует о более общей проблеме — отсутствии “когнитивной гибкости”, неумении сменить точку зрения. По традиции ее связывают с повреждением лобных долей[3]. Невозможность гибко менять точку зрения сильно мешает в реальной жизни, где никто не предупреждает о правилах, а стоит тебе решить, будто ты в них разобрался, их тут же меняют. Патрику этот тест не дался, более того, вывел его из себя. Так нечестно!

Тесты показали, что трудности возникли у Патрика и в другой области мышления: в распознавании лиц. Да, он узнавал лица знаменитостей и мог сопоставить фото одного и того же лица с разных углов. Но он часто ошибался, у него уходила целая вечность на то, чтобы перебирать изображения в поисках нужного, тогда как большинство людей находят ответ мгновенно. Мы учитывали

не только результаты теста, но и наблюдали за процессом и поэтому смогли заключить, что у Патрика, вероятно, повреждено правое полушарие. Провели мы и тест на распознавание выражений лиц. Выражения лиц — эмоции — распределяют на шесть главных категорий: считается, что базовые эмоции — это радость, грусть, гнев, отвращение, удивление и страх. Патрик постоянно ошибался — похоже, он разучился читать эмоции. Это указывало на поражение миндалевидного тела — маленького отдела мозга рядом с гиппокампом, играющего важнейшую роль в распознавании эмоций.

Психолог дала Патрику и несколько анкет, касавшихся повседневной жизни, часто возникающих трудностей и спонтанных реакций; в анкетах спрашивалось, часто ли пациент раздражается, сердится, бывает ли рассеянным. Патрик, разумеется, поставил галочки во многих местах, где сталкивался со сложностями. Но особенно показательными были ответы Викки на те же вопросы о Патрике. Они практически не совпадали. Патрик говорил, что "иногда" бывает более раздражительным, чем раньше, а Викки отмечала, что такое случается "очень часто". На другие вопросы Патрик отвечал, что у него все в порядке, а Викки говорила о явных переменах к худшему. Стало понятно, что Патрик в принципе лишен рефлексии, он не видит у себя нарушений мышления и социального поведения — в том числе не понимает, что не способен оценить чувства окружающих и ведет себя импульсивно. Кроме того, тесты показали, как глубока пропасть непонимания между Патриком и Викки — вот почему их отношения так испортились. Недостаток рефлексии часто связывают с поражением лобных долей или нарушени-

ем способности к целенаправленной деятельности (хотя я бы, пожалуй, не советовал проводить подобные тесты парам со здоровыми лобными долями).

■ ■ ■

Покончив с тестами, Патрик успокоился и освоился в новом отделении. Теперь он откровеннее рассказывал о своих заботах и тревогах. Настроение у него по-прежнему было плохое, однако появилась надежда. Я осторожно затронул темы, которые для Викки были запретной территорией. Мне очень хотелось взглянуть на мир с точки зрения Патрика. Как человек с его образованием и опытом дожил до того, чтобы придерживаться логически абсурдных убеждений?

Начал я с общих вопросов о его настроениях и переживаниях. Он описал постоянное ощущение, что он изменился, утратил вкус к жизни, контакт с окружением — и что изменился мир в целом: стал монотонным, плоским, словно в тумане или в кино. Подобные описания мы узнаем сразу же — это *деперсонализация* (человек сам себе кажется нереальным) и *дереализация* (нереальным кажется весь мир). Что-то похожее иногда ощущают и здоровые люди, особенно при крайней усталости или стрессе (скажем, после родов). Это не всегда считается бредом, поскольку рассказы начинаются с "как будто": я *как будто* автомат, который выполняет все нужные движения, я *как будто* в кино, я *как будто* за стеклом. Многократно описаны и деперсонализация и дереализация (обычно они идут рука об руку) после

смертельной опасности. Американский психиатр Рассел Нойз и психолог Рой Клетти собрали целый ряд рассказов людей, побывавших на грани смерти (например сорвавшихся во время восхождения на гору), и отметили, что иногда человека вдруг накрывает какое-то нехорошее спокойствие. Чувства зачастую обострены, но при этом человек словно превращается в стороннего наблюдателя за собственной драмой. Вероятно, это приспособительная реакция, механизм защиты[4] — будто приоткрывается клапан, не позволяющий волне тревоги захлестнуть мозг. Но в подобных случаях все быстро проходит.

В психиатрии деперсонализация и дереализация зачастую сопровождаются и другими, более знакомыми симптомами депрессии и тревожности, но могут встречаться и самостоятельно, как первичное расстройство. Их бывает трудно распознать. Снаружи все выглядит нормально, а обсуждать свое состояние человек не хочет, опасаясь стигматизации. Но внутри он по-настоящему мучается. Один страдалец говорил об этом так:

> Если я как следует успокоюсь, то могу *почти* [курсив мой. — *Э.Д.*] ощутить краски и полноту жизни, как прежде… Это и есть, по-моему, собственно “жить”, и я вижу, как это делают другие — с утра до вечера, изо дня в день. Я понимаю, как это, с научной точки зрения, но едва ли сумею вспомнить ощущение. Все эти дни я непрерывно горюю, и такое ощущение, что я горюю по себе, хотя вроде бы жив и все вижу своими глазами[5].

Некоторым похожее состояние сознания — отстраненность, дистанцированность — даже нравится, и достичь

его помогают распространенные наркотики, в том числе марихуана, а также психоделические наркотики, но они дают более резкие искажения восприятия. Когда в 1966 году, в пору расцвета культуры хиппи, Джон Леннон писал в “Strawberry Fields”, что *nothing is real* — “все нереально”, — не исключено, что его вдохновляли такого рода вещества (а может быть, всего лишь чудесные воспоминания детства). Так или иначе, нетрудно представить себе, что подобное состояние может стать приятным развлечением на несколько часов, а может обернуться весьма неприятным тупиком, если выйдет из-под контроля и затянется надолго — “Strawberry Fields *forever*”, “Земляничные поляны *навсегда*”; между тем это бывает сплошь и рядом, как при экспериментах с наркотиками, так и вовсе без очевидных причин. Деперсонализация и дереализация могут служить механизмом защиты, однако у меньшинства, которому особенно не везет, клапан “срывает” — то ли тревога была слишком сильной, то ли мозг после травмы изменился физически, — и состояние закрепляется.

Многое из того, о чем говорил Патрик и сейчас, и сразу после травмы, сильно напоминало деперсонализацию и дереализацию минус “как будто”. Я спросил его, когда у него впервые появилось впечатление, что мир изменился, стал ненастоящим, поддельным. Патрик живо вспомнил, как вернулся домой из больницы после аварии. Чувствовал он себя не слишком хорошо — болела голова, думать было трудно, его снедала тревога. Он сидел на заднем сиденье такси, понемногу узнавал улицы и виды родного городка. И вдруг испугался. Что это за дома, откуда они взялись? Их тут раньше не было. Это только на

вид его родной городок, а на самом деле — фальшивка, подделка, макет, к тому же не слишком удачный.

Я растерялся. Ведь такое бывало с каждым из нас! Мало ли — новый квартал в городе, где мы давно не были? Мы замечаем, что удивлены, но потом просто признаем, что все меняется и под руководством умелого застройщика современные здания растут как на дрожжах. Но хотя нам кажется очевидным, что внешний вид может меняться как угодно, а суть остается прежней, механизм подобных умозаключений в мозге отнюдь не прост. Более того, ученые, занимающиеся искусственным интеллектом, вот уже десятки лет ломают голову над этой задачей. Очевидно, память — вовсе не хранилище статичных воспоминаний, с которыми мы сверяем все новое, чтобы иметь возможность сказать “Да, я это узнаю — это мой дом, моя улица” или “Нет, это что-то новое, впервые вижу”. Иначе память подводила бы нас всякий раз, когда меняется освещение или мы подходим к тому же месту с другой стороны, а что касается людей — когда они постарели, изменили прическу, отрастили бороду и так далее. Тогда к каждой записи в памяти пришлось бы присовокупить бесконечное множество дополнительных версий, а это настолько неэкономно, что попросту невозможно на практике.

Разумеется, мы иногда не узнаем человека, если он сильно изменился, — по крайней мере поначалу, особенно если видим его вне привычного окружения. Подобным же образом нам случается принять незнакомца за кого-то знакомого. Это потому, что хорошая система памяти вынуждена в некоторой степени “жульничать” — достраивать ожидания на основании опыта. Хорошая система памяти хранит абстрактную схему предмета,

учитывающую, как он может измениться со временем и в зависимости от контекста. А главное, хорошая система памяти должна еще и допускать погрешность — может быть, это и не совсем то, чего ты ждал, но достаточно близко. Компьютеры начали узнавать лица и голоса лишь недавно, несмотря на колоссальные старания, и только потому, что программисты научились копировать наш образ мысли.

У Патрика накопились десятки примеров жутких воспоминаний, когда места и люди были почти как прежде, но немного иные.

— Почему вы считаете, что Викки, которая приходит навестить вас почти каждый день, — не настоящая Викки? — осторожно спросил я.

Глаза у него округлились:

— Моя Викки, прежняя Викки, тщательно следила за собой. У нее была прекрасная кожа, отменный вкус в одежде и косметике. Она любила дизайнерские бренды. — Он смутился и покраснел, но продолжил: — Она… понимаете, она любила дорогое белье — шелковое с кружевами. *Victoria's Secret*, шутили мы с ней наедине, "Секрет Виктории". А эта — конечно, выглядит она почти так же, но все это *Marks & Spencer*, мешковатый нейлон, все растянутое, вылинявшее…

Он был абсолютно серьезен.

Через несколько дней я мягко задал этот вопрос Викки, когда она пришла ко мне на индивидуальную сессию.

— Господи! Как же он не понимает, что я с утра до вечера пашу как лошадь, чтобы сохранить наш дом, чтобы все шло как раньше, пока сам он или в больнице, или сидит у себя в комнате и таращится в никуда? Я просто

больше не могу *позволить себе* сексапильное белье, как бы ни хотелось!

■ ■ ■

В нашу систему памяти встроен механизм балансировки: если допустимая погрешность слишком велика, все кажется знакомым, даже если я это вижу впервые в жизни, и у меня постоянное дежавю. Если я слишком строг, все кажется новым и незнакомым, я ничего не помню и теряюсь. У Патрика было не совсем так. Многое казалось ему знакомым, но лишь до какой-то степени. *Похоже* на Викки, но чего-то недостает.

Узнавание — процесс эмоционально заряженный. Более того, в момент узнавания у нас возникает физическая реакция, особенно если предмет или человек в прошлом оставили яркое впечатление или вызывают эмоциональный отклик (мы их любим), и эту реакцию можно зарегистрировать в лаборатории: речь идет о кожно-гальванической реакции. Это всего лишь крошечное повышение потоотделения, которое, в свою очередь, повышает электрическую проводимость кожи, на чем и строится работа детектора лжи. Колумбийский психиатр Маурисио Сьерра, работавший в Лондоне, показал, что при деперсонализации у человека отсутствует нормальное повышение кожно-гальванической реакции при просмотре эмоциональных изображений по сравнению с нейтральными[6]. Он утверждал, что это может вызвать ощущение, будто все несколько нереально, а эмоции притупились: эти симптомы всегда идут в тандеме. Однако те, кто страда-

ет от расстройства деперсонализации и чувствует себя так всегда или почти всегда, все же не считают, что мир стал иным. Они понимают, что и сами они, и мир вокруг реальны, что бы они ни чувствовали. Кроме того, у них при сканировании не выявляется очевидных изменений в мозге — нет следов ни болезни, ни травмы.

Британские нейрофизиологи Хэдин Эллис и Энди Янг предположили, что при синдроме Капгра дело не просто в том, что больному трудно узнавать людей, но и в том, что он не получает утешительного ощущения узнавания каждый раз, когда видит родных и близких. Намеки на это прослеживаются и в описании, которое дает сам Капгра:

> Ощущение, что перед тобой что-то незнакомое, связано с узнаванием и противоречит ему. Больная видит, что два изображения очень схожи, однако не считает, что они тождественны, поскольку они вызывают разные эмоции. Естественно, она приписывает этим похожим существам, которые на самом деле — одна уникальная личность, название двойников. У нее бред двойников — но не настоящий сенсорный бред, а скорее вывод из эмоционального суждения[7].

Но и здесь все непросто. Да, такое должно вызывать ощущение деперсонализации или дереализации ("Как странно, она очень похожа на мою жену, но что-то здесь не так"), однако зачем же сразу делать далеко идущие и отнюдь не очевидные выводы, что твоего знакомого заменили двойником, кем-то чужим? Должно быть, у больного нарушена еще и логика. Первоначальная ошибка вызвана эмоциями и страхом, которые больной ощущал

в тот момент (параноидальное настроение), — а затем укореняется из-за недостатка здравого смысла.

Из-за поражений мозга, затронувших височные и лобные доли, Патрику стало очень трудно сопоставлять лица, поэтому способность узнавать одних и тех же людей и предметы в разных обстоятельствах подводила его. Должно быть, из-за поражения белого вещества эти области восприятия были разобщены с областями, где генерируются эмоции, в том числе с миндалевидным телом, а следовательно, даже когда Патрик узнавал жену, это не сопровождалось утешительным ощущением, что перед ним знакомое лицо. Кроме того, у него разладилась память из-за повреждения гиппокампа. Вероятно, он не мог автоматически обновлять воспоминания, чтобы учитывать естественные перемены в пейзажах (новые дома) и людях (кто-то стареет, иначе одевается) — они в его сознании застыли в том виде, в каком были в момент аварии. Патрик сохранил способность учиться и усваивать новую информацию, но это требовало от него неадекватных усилий и не получалось естественно. Помимо того, из-за повреждения лобных долей ему теперь недоставало умения подыскивать логичные объяснения и проверять их рационально. Придумав какой-то ответ — любой, — Патрик уже не мог пересмотреть его, не мог изменить точку зрения и не считал это своей проблемой, поскольку был не в силах критически оценить собственное состояние.

Но ведь все это не объясняет нигилистического бреда Котара — ощущения, что ты уже мертв. Или объясняет? Энди Янг и Кейт Лифхед отметили, что синдромы Капгра и Котара встречаются вместе, и предложили красивое объяснение, великодушно посвятив его Котару за его от-

крытие[8]. Все начинается с того, что у пациента проявляется сразу много слабых мест: он получил черепно-мозговую травму, чем-то заболел или страдает хроническим душевным недугом, поэтому ему трудно перерабатывать информацию и рассуждать гибко и последовательно. Далее, налицо критический дефект физиологической обратной связи, что приводит к аномальному ощущению, будто все кругом незнакомое. При синдроме Котара у больного еще и тяжелая депрессия, а значит, он склонен к избыточной самокритике и винит себя во всем; отсюда чувство, что сам он изменился и ему недостает жизненных сил, а оно заставляет сделать очевидный для больного вывод, что он, наверное, умер — и что умер весь мир. Эта идея захватывает его настолько, что избавиться от нее логическими рассуждениями не удается. Но если больной не находится в подобном негативном эмоциональном состоянии самобичевания, а настроен воинственно (во всем виноват кто-то другой, а я здесь жертва), те же чувства подталкивают к другому выводу. Я-то прежний, а вот весь мир изменился, и люди в нем не те, за кого себя выдают: синдром Капгра. Нетрудно увидеть, что один и тот же человек вполне может колебаться между этими двумя полюсами атрибуции и придерживаться то одного, то другого убеждения. Что и произошло с Патриком.

■ ■ ■

Итак, благодаря помощи врачей-клиницистов, научным трудам по современной когнитивной нейропсихиатрии и отчасти творческим спекуляциям у Патрика и Викки

появилась рабочая модель, позволявшая увидеть смысл в необъяснимом. Что ж, хорошее начало. Модель позволила нам говорить друг с другом о переживаниях Патрика так, чтобы их можно было толковать, по одному выявлять элементы. Параллельно мы продолжали лечить его от депрессии обычными методами — и, как мы и предсказывали, мало-помалу проявилось “как будто”. Это не избавило Патрика от сложностей с мышлением и логикой, по крайней мере от склонности во время приступов досады искать объяснений в туманных внешних силах. Патрик перестал винить себя, но ему было трудно найти золотую середину.

Но ведь иногда что-то происходит просто так — в этом нет ничьей вины, никакого великого замысла, никакого плана. Здесь на авансцену выходит подход под названием когнитивно-поведенческая терапия. Когнитивно-поведенческая терапия ставит целью распутать мыслительные процессы, ведущие к эмоциональным реакциям, которые, в свою очередь, блокируют способность выносить холодные рациональные суждения, что приводит лишь к дальнейшим разочарованиям — и так далее, образуя порочный круг. Патрика постепенно научили смотреть на свои предположения со стороны, изучать их, замечать, когда выводы основаны на эмоциях, и заставлять себя решать задачи логически, а при необходимости проводить мини-эксперименты, чтобы собрать данные. Скажем, нет ли каких-нибудь других объяснений, почему Викки теперь носит белье в другом стиле, нехарактерном для нее? А главное — верно ли считать, что это ее определяющая черта? А может быть, все дело в экономических факторах?

Патрик приучился каждый раз, засомневавшись в чем-то или заметив что-то жуткое, странное, какое-то не такое, что-то, чему здесь не место, записывать это и заставлять себя придумывать альтернативные объяснения, в том числе — что мир нереален или все это подделка. Затем терапевт садился с ним и методически, систематически, без эмоций разбирал все варианты, пока они с Патриком вместе не находили самый правдоподобный. Викки стала играть роль помощницы терапевта. Такой метод очень помогал. Патрику он нравился. Это соответствовало его стилю мышления с опорой на факты и последовательность. От него не требовали проявлять гибкость — достаточно было двигаться вперед поступательно, по шажку, согласно заранее оговоренным правилам.

Однажды у нас с Патриком вышла особенно запоминающаяся сессия. Мы часто начинали с самой безопасной для спортивного журналиста области — с разговора о футболе. Только что завершился чемпионат УЕФА.

—Знаете, — начал Патрик, — если мир реален и все идет нормально, как так вышло, что чемпионат Европы выиграла Греция? Она же в футболе вечный аутсайдер! Это попросту невозможно. Они *якобы* победили Португалию, у которой есть Луиш Фигу, Криштиану Роналду, Нуну Гомеш — и не где-нибудь, а прямо в Лиссабоне! Голландию вышибли! Чушь какая-то!

Я растерялся. Опять.

—Они должны были победить несколько команд, чтобы попасть в финал, как же иначе, — пролепетал я.

—Ага. Чехию, например, — ухмыльнулся Патрик.

Но ведь не всегда побеждают лучшие команды. Даже “Манчестер Юнайтед” не выиграла в своей лиге в том

году, хотя победила трижды за предыдущие пять сезонов — и, как оказалось впоследствии, трижды за следующие пять. К счастью, на этом этапе Патрик учился искать другое объяснение и обратился ко мне за советом. Мы начали рассуждать о спорте, что придало весу нашим доводам. Победа аутсайдера, гол в дополнительное время. Именно над таким примером нам было удобно работать. “Спортивная форма” команды — это, собственно, задаваемые ею ожидания. И если ожидания не оправдываются, ищешь альтернативное объяснение. Но иногда никакого объяснения нет, по крайней мере, такого, за которым стоит нарратив с причинами и следствиями. Пожалуй, самая *частая* причина, по которой что-то происходит, — именно та, с которой труднее всего смириться. Это просто случай, везение — или невезение, как посмотреть…

Патрика это не вполне убедило. К счастью, я нашел некоторые доводы в пользу своей, безусловно, слабой теории. Незадолго до этого американские физики-теоретики опубликовали статью — как ни поразительно, о предсказуемости исходов крупных спортивных состязаний[9]. Должно быть, прискучило раскрывать тайны вселенной. Результатом их работы были таблицы национальных лиг для американского футбола, баскетбола, хоккея, бейсбола высшей лиги и, наконец, классического футбола. Ученые проанализировали огромные массивы данных с конца XIX века и по сегодняшний день, рассмотрели все сыгранные матчи и рассчитали вероятность, что матч выиграет фаворит (команда, которая на тот момент стояла в лиге выше). При помощи архисложной математики ученым удалось показать, что эти виды спорта можно ранжировать по непредсказуемости (или, как предпочли называть это авторы,

по соревновательности). Наименее “соревновательным” оказался американский футбол, поскольку в нем обычно выигрывают фавориты. А классический футбол держится почти на уровне случайности, хоть и не совсем: в любом матче в лиге может победить любая из двух команд, однако в целом у фаворитов есть крошечное преимущество.

Мой довод нашел научное подтверждение. Футбол — лучший спорт на свете. Он самый соревновательный, самый непредсказуемый, а значит, самый интересный. Но дело не только в случайности, иначе не было бы никакого смысла болеть за ту или иную команду. С другой стороны, если бы твоя команда постоянно выигрывала, болеть за нее тоже было бы бессмысленно и скучно. Нет: идеальный спорт должен быть достаточно предсказуемым, чтобы не оборачиваться полной лотереей, и при этом достаточно непредсказуемым, чтобы держать тебя в постоянном напряжении и не показывать, чем все кончится. За это мы и любим спорт. И за это надо научиться любить жизнь.

■ ■ ■

Патрик и Викки уехали домой в Центральную Англию. Поправляться после тяжелой черепно-мозговой травмы — процесс очень медленный и, вероятно, бесконечный, но супруги считали, что теперь сумеют все преодолеть. Жизнь постепенно налаживалась. Я утратил связь с ними, но часто вспоминал Патрика и представлял, как бы мы с ним преодолевали неизбежные невзгоды и сюрпризы, которые уготовила ему жизнь, особенно в мае

2016 года. Тогда мы узнали едва ли не о самом поразительном, сенсационном и неимоверном потрясении в истории спорта: Лестерский футбольный клуб, в предыдущем сезоне находившийся на грани перевода в низшую лигу, стал чемпионом премьер-лиги — при шансах 5000 к 1.

Глава 3
Losing My Religion

Депрессия — болезнь на удивление распространенная. Сегодня никто не стыдится признать, что когда-то страдал от депрессии или принимает антидепрессанты: ведь такое случается с каждым шестым. В 2017–2018 году антидепрессанты были выписаны 7,3 млн человек в Великобритании, и более половины из них регулярно получали рецепты на подобные препараты в течение двух предыдущих лет.

Томас вел тихую, безмятежную жизнь и был ревностным христианином, хотя и не афишировал этого. У него была любящая жена и двое обожаемых детей; работал он водителем грузовика. Дорога обеспечивала ему душевный покой — уединение и однообразие ему даже нравились. Три года назад у Томаса случился довольно тяжелый депрессивный эпизод. Никакой объективной причины, никакого явного триггера: депрессия была, как выражаются психиатры, эндогенной (буквально “зародившейся внутри”). К счастью, Томас хорошо отреагировал на антидепрессанты и вернулся к работе. Правда, он не сообщил работодателю (а также в Управление по лицензированию водителей и транспортных средств),

что врачи рекомендовали ему продолжить принимать лекарства. Это было серьезным нарушением правил. Дело не в том, что ему стало опасно водить машину, — у него не было ни склонности к непредсказуемым поступкам, ни суицидальных настроений, а лекарства не вызывали сонливости, — но если бы что-то случилось и это всплыло, его ждали бы крупные неприятности. Мало того, он солгал, а в его мире ложь считалась грехом.

Года через два эта “ложь” начала тревожить Томаса все сильнее и сильнее. У него все шло прекрасно, но он был убежден, что своей ложью все погубил. Он стал думать, что с ним вечно так, что он никогда ничего не мог сделать как следует, вечно искал пути наименьшего сопротивления. Эти мысли, бесконечно крутившиеся в голове, и сознание, что он согрешил пред Господом, совсем измучили Томаса. Многие пытались подбодрить его, но это не помогало, более того, лишь усугубляло его состояние. Томас не понимал, как ему спастись от этих мыслей и как найти выход из своего положения, и его разум обратился к идее самоубийства. Почему бы и нет? Он и так обрек себя на муки ада.

Я предложил Томасу лечь в больницу, но он отказался: без толку, все равно ему уже ничего не поможет. Я не мог с этим согласиться. Томас был из тех больных, кто с большой вероятностью мог бы поправиться, исцелиться — нужно только понять, как его лечить.

■ ■ ■

Что же происходило у Томаса в голове? Мы могли бы сказать, что он “слишком много думал” и всегда предполагал

худшее. Но не только: мы сомневались в его толковании событий. Нет, мы не утверждали, что он сознательно нас обманывает, но воспоминания его были явно выборочными, а подача несколько однобокой — искаженной, выражаясь в терминах когнитивной психологии.

Когнитивные теории депрессии отличаются от более общего психологического подхода: когнитивных психологов интересует не столько *что* вы думаете, сколько *как* вы думаете. Обывательские представления о депрессии обычно связаны с утратами. Зигмунд Фрейд свел эти две темы воедино в статье “Скорбь и меланхолия”, опубликованной в 1917 году[1], сопоставив опыт переживания горя с депрессией и очертив область, где они перекрываются. Принято считать, что, если у человека депрессия, значит, на его долю выпало особенно много утрат — причем к ним причисляются и потеря работы или здоровья, а также более абстрактные, символические утраты — скажем, положения в обществе и репутации. Социальные психологи Джордж Браун и Тиррил Харрис[2] обнаружили, что депрессия тесно коррелирует с количеством всего плохого, что с тобой случилось, особенно если пришлось пережить тяжелую потерю в детстве или в юности, однако простой формулы, позволяющей истолковать появление депрессии и оценить ее тяжесть, не существует. Это подталкивает нас к вопросу толкования смысла событий. Почему то или иное событие настолько лишает присутствия духа и почему его последствия оказываются такими стойкими?

Здесь и заявляет о себе когнитивный подход. Возьмем, к примеру, память. Стоит поговорить с больным депрессией о прошлом — и станет очевидно: во всем,

что он рассказывает, преобладает плохое. Чтобы добиться от такого человека хороших новостей, придется попотеть (причем обеим сторонам). При депрессии больной не принимает решение быть угрюмым, более того, депрессия далеко не всегда вызывает угрюмость, хотя, когда размышляешь о настроении и когнитивных процессах, трудно отделить причину от следствия. Как выяснили психологи, изучавшие воспоминания в контролируемых условиях — например, реакцию на особый набор слов или стимулов, — при депрессии плохие ассоциации у человека возникают гораздо легче и скорее, чем хорошие. Типичное когнитивное искажение. Не то чтобы все остальное забыто — оно просто не приходит на ум. Все мысли и воспоминания, которые сразу пробиваются на поверхность, негативны. Представьте себе, что я задам вам самый невинный вопрос: чем вы занимались на прошлой неделе? Если у вас депрессия, вашу память захлестнет волна всего плохого, неприятного, скучного, неудачного, досадного, что с вами происходило, и она вытеснит все приятное, радостное и даже банальное и нейтральное. И если до этого вы не чувствовали себя в депрессии, то после моего вопроса точно почувствуете. Налицо порочный круг. Если начинаешь с плохого настроения, дальнейшие скверные мысли видятся нормальными, ведь это *status quo*, и плохое настроение само себя подкрепляет.

Некоторые исследователи, в том числе Марк Уильямс, обнаружили еще одну характерную черту депрессивного мышления: склонность к избыточному обобщению, особенно личных автобиографических воспоминаний[3]. Когда у человека депрессия, ему трудно в ответ на во-

прос привести конкретные примеры тех или иных поступков, диалогов или эпизодов и вспомнить единичные события — это и есть избыточное обобщение. Приведу пример: расскажите мне о школе. На это при депрессии часто отвечают: "Терпеть ее не мог. Мне было скучно, мы все там скучали", — а не, скажем, "Да, я провалил экзамены повышенного уровня, зато с общением все было прекрасно. В старших классах у меня сложилась отличная компания". Или в ответ на ключевое слово "праздник": "Все дни рождения, которые я устраивал, оборачивались катастрофой!" — а не, скажем, "Мое совершеннолетие мы отмечали в местном пабе. Все начиналось неплохо, но потом кое-кто напился и устроил драку. Катастрофа!"

Избыточные обобщения не оставляют простора для интерпретации, не пробуждают других воспоминаний, которые могли бы поместить событие и память о нем в более широкий контекст. Это как кликнуть по ссылке и обнаружить, что тебя перенаправили на другой сайт. Из этого порочного круга трудно вырваться, поскольку такого рода обобщенно-плохие мысли вызывают только другие себе подобные, и выхода не видно. Иначе говоря, при депрессии начинаешь бесконечно пережевывать все свои дурные воспоминания.

■ ■ ■

В конце концов я уговорил Томаса лечь в больницу: ему нужно передохнуть, это совсем ненадолго, в больнице мы быстрее сможем подобрать ему медикаменты, а главное, у нас ему ничего не грозит. Томас неохотно уступил.

Он был глубоко несчастен. Ему претило, что его постоянно дергают для осмотров, что невозможно уединиться, что кругом царит неразбериха, неизбежная даже в лучших психиатрических отделениях. Узнать Томаса поближе было трудно. О своем прошлом он рассказывал примерно так: “Уныло, скучно, ничего никогда не происходило… Мама с папой обращались с нами хорошо, но свою любовь особенно не проявляли. Очень много места занимала церковь. На самом деле это скорее “хорошо”, но иногда я, можно сказать, жалею, что не было никаких катастроф — по крайней мере, было бы о чем поговорить”.

Мы добавили еще один сильный антидепрессант, и через несколько недель настроение у Томаса стало улучшаться, он начал оптимистичнее смотреть на жизнь. Приехала его жена Джен и с радостью отметила улучшение. Томасу было скучно у нас, и он ужасно истосковался по детям. Он умолял меня отпустить его домой. Это опять же потребовало переговоров, и мы сошлись на том, что у Томаса будет несколько “увольнительных”, с каждым разом все дольше и дольше. Мы будем работать с ним и с его женой, чтобы оценивать прогресс и исходя из этого рассчитывать время и продолжительность каждой “увольнительной”. Мы не стремились навсегда переселить его в больницу, но не могли в одну секунду лишить его всякой помощи. Первый отпуск — несколько часов — прошел гладко. Тогда мы договорились, что Томас проведет дома целый день. Он вернулся приободренным и полным надежд на будущее. Во время обхода, когда Томас разговаривал с другими врачами, медсестрами и нашим штатным психологом, все решили, что

ему гораздо лучше. Он не возражал против постоянного приема лекарств. Его не беспокоили побочные эффекты, и он был убежден, что лечение поможет ему, как в прошлый раз. Мы обсудили, что, когда он выпишется из больницы, нам нужно будет поговорить с его работодателем. Я составлю все необходимые документы, подтверждающие, что ему необходимо лечиться, но нет никаких причин прекращать работу. Томас вздохнул с облегчением — у него словно гора с плеч свалилась. Чувствует ли он себя виноватым? Нет, конечно. Все это были глупости — это говорил не он, а депрессия. Так или иначе, хватит с него всей этой религиозной чуши. Джен сказала, что с нетерпением ждет его дома, даже если он еще не совсем пришел в норму. Мы договорились, что он поедет домой на выходные. Если все пройдет хорошо, на следующей неделе назначим дату выписки.

Больше я Томаса не видел. Во вторник Джен приехала в больницу и рассказала, что произошло. Том вернулся домой. Он был спокоен. Они поужинали и легли в постель. Занимались любовью — было хорошо. Наутро он отвез детей в школу. Сразу после этого он, судя по всему, выехал на ближайшую автостраду, остановился и вышел из машины. По словам случайного очевидца, Том был явно чем-то взволнован — и вдруг выбежал на дорогу прямо перед несущимся грузовиком и погиб на месте.

занимались любовью… грузовик… погиб на месте…

У меня перехватило горло.

Джен была неестественно спокойна. Она объяснила, что должна “держать себя в руках” ради детей. Не хоте-

ла об этом думать. Медсестры бросились утешать ее, но в итоге это она их утешала. Она никого не винила и была благодарна нам за помощь. Дело передадут коронеру, и Джен очень беспокоилась, как отнесутся к вердикту родные мужа, для которых самоубийство — тяжкий грех. Пока что она собиралась отправить детей к бабушке — своей матери.

Через несколько недель Джен позвонила в больницу. Коронер вынес вердикт “несчастный случай”. Он знал, что Томас добровольно лечился в психиатрической больнице, откуда вышел временно и с разрешения врачей, и что у него была депрессия, но покойный не оставил предсмертной записки, и было очевидно, что ему становится лучше, раз его отпустили домой на выходные. В тот день Томас ни с кем не говорил о самоубийстве. Коронер решил, что он, вероятно, задумался и не видел, куда идет. Шоссе оживленное, там постоянно кто-то гибнет.

Джен понимала, каковы были варианты: либо самоубийство, либо “открытый вердикт”, при котором причина смерти считается неустановленной. Я подумал, что вероятнее было, пожалуй, второе. Исследователи самоубийства в целом полагают, что большинство открытых вердиктов — это на самом деле суицид, просто на решение влияют факторы вроде отсутствия предсмертной записки. “Несчастный случай” был явной натяжкой, но спорить мы не собирались. Для родных Томаса так было, наверное, лучше всего: такой вердикт помогал им пережить страшную трагедию. И, по крайней мере, избавлял от стигматизации.

■ ■ ■

Самоубийство в Англии и Уэльсе признали законным лишь в 1961 году, но криминальное прошлое тянется за ним до сих пор[4]. Декриминализация суицида в Великобритании по сравнению с остальной Европой запоздала, зато мы опередили Ирландию, где самоубийство считалось преступлением до 1993 года. Это оставило след и в английском языке: многие до сих пор, не задумываясь, говорят *committing suicide*, не замечая, что глагол *commit* относится только к преступлениям; впрочем, теперь предпочитают выражение *taking one's own life* — "лишить себя жизни". Коронеры также еще недавно писали в соответствующих вердиктах фразу *beyond reasonable doubt* — "без всяких обоснованных сомнений", — относящуюся к области уголовного права, однако в 2018 году Верховный суд особым постановлением позволил им выносить решение *on the balance of probabilities* — "по принципу наибольшей вероятности", — то есть приводить формулировку из области гражданского права.

Ежегодно на дорогах Великобритании гибнет почти 1800 человек. Со времен Второй мировой войны этот показатель неуклонно снижался, но в последние годы, похоже, остается на прежнем уровне. Судя по последним данным, примерно четверть — пешеходы. Это резко контрастирует с количеством самоубийств в Великобритании — около 6000 ежегодно. Правда, за тот же период оно тоже неуклонно снижалось. В 2015 году количество суицидов в Великобритании с учетом возрастных групп составляло 16 на 100 тысяч у мужчин и 5 на 100 тысяч

у женщин. Что касается количества аварий с участием пешеходов или транспортных средств, которые на самом деле были самоубийствами, здесь надежных данных почти нет.

Понять самоубийство, а тем более предотвратить его неимоверно трудно. Можно, разумеется, попытаться проникнуть в разум человека, покончившего с собой, и, если ты великий писатель уровня Шекспира и Толстого, выстроить драматический сюжет, а если ты психолог — провести психологическую аутопсию. А можно посмотреть на картину сверху, исследовать большие группы населения и тенденции в течение долгого времени. Изобретателем этого подхода следует считать Эмиля Дюркгейма[5].

Дюркгейм родился в 1858 году во Франции, в Лотарингии, в семье, где было бы девять поколений раввинов, если бы он не избрал другой путь. В 1897 году он выпустил в свет монографию “Самоубийство”. Полным ходом шла промышленная революция, европейские общества подчинялись строгому порядку и находились под постоянным наблюдением. Дюркгейм на основании обширной и подробной национальной статистики смог проследить количество самоубийств с учетом самых разных переменных, таких как страна, национальность, экономическое положение, демография, уровень образования и, как выражался Дюркгейм, “космические” переменные (скажем, температура воздуха и продолжительность светового дня). Внимание к деталям у него поистине талмудическое. Кроме того, Дюркгейм учел и статистику по душевным болезням и алкоголизму, однако все равно считал, что главное — социологический подход.

Дюркгейм обращал особое внимание на религию, поскольку при прочих равных условиях статистика самоубийств во французских кантонах и регионах с немецким населением от Пруссии до Австрии и Баварии показывала колоссальную разницу между католиками и протестантами. Протестанты кончали с собой значительно чаще, в некоторых областях на каждого католика-самоубийцу приходилось три протестанта-самоубийцы. Дюркгейм показал, что протестанты сводят счеты с жизнью чаще независимо от общего количества самоубийств в том или ином регионе, и это нельзя списать, предположим, на разный доступ к образованию. По его наблюдениям, конкретные обряды и доктрины также не играли особой роли. В сущности, оказалось, что основным препятствием суициду служит то, в какой степени религия через свои верования и практики обеспечивает насыщенную “коллективную жизнь”*. Протестантизм по природе своей больше тяготеет к индивидуализму, поэтому его “умеряющее влияние на развитие самоубийств” не так велико. Все это Дюркгейм описывает в связи с так называемым “эгоистическим самоубийством”.

А как же неверующие? Дюркгейм пишет:

> Но поскольку верующий начинает сомневаться… [он] чувствует себя менее солидарным с той вероисповедной средой, к которой он принадлежит, поскольку семья и общество становятся для индивида чужими, постольку он сам для себя делается тайной и никуда не может уйти от назойливого вопроса: зачем все это нужно?

* Здесь и далее цитаты из книги Эмиля Дюркгейма “Самоубийство” даны в переводе А. Ильинского.

Коллективное чувство так нужно, объясняет Дюркгейм, не для того, чтобы поддерживать “в нас иллюзию невозможного бессмертия...; [оно] подразумевается самой нашей моральной природой; и если... исчезает, хотя бы только отчасти, то в той же мере и наша моральная жизнь теряет всякий смысл... при таком состоянии психической дисгармонии незначительные неудачи легко приводят к отчаянным решениям”. Более того,

> как бы ни был индивидуален каждый человек, внутри его всегда остается нечто коллективное... Что же касается фактов частной жизни, кажущихся непосредственной и решающей причиной самоубийства, то в действительности они могут быть признаны только случайными. Если индивид так легко склоняется под ударами жизненных обстоятельств, то это происходит потому, что состояние того общества, к которому он принадлежит, сделало из него добычу, уже совершенно готовую для самоубийства.

Со времен Дюркгейма прошло больше ста лет, но мы в попытках выявить причины самоубийства так и продолжаем колебаться между индивидуальным и коллективным. С высоким уровнем самоубийств в обществе по-прежнему связаны все те же социальные факторы (в том числе безработица, разводы, экономический спад). Как ни странно, война не повышает вероятность самоубийства. При всех страданиях, которые приносит война, она генерирует мощную общую цель, которая не позволяет отдельным людям лишать себя жизни. Есть и другие факторы риска: мужской пол, попытки самоубийства в прошлом, душевное заболевание, отсутствие надежды,

а также алкоголизм и наркомания. Современные клинические исследования при попытках учесть все эти аспекты показали, что принадлежность к той или иной религии, вероятно, и сегодня смягчает суицидальные порывы у людей, страдающих депрессией[6].

Частое ли это явление? Все относительно. По сравнению с автокатастрофами ответ — да. Для мужчины под сорок вроде Томаса это самая частая причина смерти. Но по сравнению с депрессией ответ — нет: самоубийство встречается гораздо реже, чем депрессия. Именно поэтому его так трудно предсказать. При рассмотрении случаев суицида оказывается, что подавляющее большинство принадлежало к группе низкого или умеренного риска. Казалось бы, парадокс, но мы сплошь и рядом ошибаемся при попытках предсказать риск, и это очередной пример. Поскольку факторы риска у конкретного человека не так уж и велики, а некоторые из них, в том числе депрессия, сами по себе встречаются часто, статистика неизбежно покажет, что большинство покончивших с собой принадлежали к относительно многочисленной группе низкого риска. В подгруппе высокого риска (безработные вдовцы определенного возраста с тяжелой депрессией и алкоголизмом, страдающие хроническими болезнями) доля самоубийств выше, но все же невелика, однако эта подгруппа в общей картине занимает лишь незначительное место из-за своей малочисленности. Другая сложность состоит в том, что главные факторы риска невозможно изменить — например, принадлежность к мужскому полу. Если ты мужчина, сегодня риск покончить с собой у тебя тот же, что и год назад, и завтра ничего не изменится.

■ ■ ■

Мне пришлось воспитать в себе смирение перед суицидальным поведением, когда я проходил стажировку в небольшой больнице общего профиля. Полгода я проработал в приемном покое скорой помощи и первым встречал поступающих туда больных. В этой больнице к поступающим по скорой помощи разработали крайне инновационный подход. У нас было несколько “бригад”, работавших в разных случаях, что позволяло быстро накапливать опыт и знания и делиться ими. Была “бригада по боли в груди”, “бригада по желудочным кровотечениям”, особая бригада для тех, кому больше шестидесяти пяти. Просто поразительно, сколько больных, приехавших или пришедших в наше отделение, удавалось сразу передать нужной бригаде. Читатель вправе вообразить, будто у стажера, отвечавшего за “остальные категории” неотложных случаев, практически не было работы — так, иногда какая-нибудь пневмония или диабетическая кома. Так и было, не считая одной категории, которая в восьмидесятые годы прошлого века стремительно росла: преднамеренная попытка самоотравления посредством передозировки. Нередко мне приходилось осматривать и направлять в палаты десяток таких пациентов за одну-единственную ночь.

Студентом я видел, как лечат большинство таких больных. Передозировка парацетамола может оказаться смертельной, поскольку этот препарат токсичен для печени, а старые антидепрессанты иногда вызывают остановку сердца, но сплошь и рядом люди пытаются отравить-

ся менее ядовитыми бензодиазепинами вроде валиума и либриума или что там держат в аптечках — антибиотиками, пилюлями от несварения и так далее. Поскольку “передозировки” относительно неопасны, а случаев было очень много, особенно в нерабочее время и в выходные, подобных больных считали досадной помехой врачам или, хуже того, полагали, что они заслуживают наказания, поскольку сами виноваты в своем состоянии. Некоторые сотрудники отделения скорой помощи обожали промывать желудки — это крайне неприятная процедура, во многих случаях ненужная. Кое-кто требовал ставить мочевой катетер — тоже неприятная и зачастую болезненная манипуляция, которая по-настоящему требуется редко, разве что если надо следить за функцией почек у больного при сильной сонливости или передозировке лекарств, влияющих на выделение мочи. Многие врачи и медсестры обращались с такими больными резко и без всякого сострадания. Подобная практика была если и не повсеместной, то, во всяком случае, широко распространенной. Когда я все это вспоминаю, меня пробивает дрожь, и мне стыдно, что я не вмешивался. Наверное, думал, что так и правда можно предотвратить дальнейшие попытки — ведь многие поступали в больницу с передозировкой по многу раз подряд. Да и что я знал тогда, в самом деле?

На протяжении этих тяжелых шести месяцев я усвоил, что лучшая стратегия — проявлять сочувствие и не осуждать. Подчеркиваю: это не потому, что я от природы человек особенно добрый и понимающий. В то время это был чисто прагматический вопрос. Через меня проходило много больных. Кому-то требовалась экстренная реани-

мация, и их нужно было распознавать сразу; кто-то мог устроить в отделении сущий бедлам, поскольку впадал в буйство и не слушался врачей. Когда выдается напряженная ночь, крайне некстати еще и разбираться с больным, который требует, чтобы его отпустили, хотя врачи настаивают на госпитализации, и норовит сбежать из палаты, так что его приходится удерживать, или с целой толпой рассерженных пьяных родственников, которые настаивают, чтобы вы положили больного в реанимацию, отправили в психиатрическую больницу или немедленно выписали.

Пациенты с передозировкой, которые попадали ко мне, иногда страдали от интоксикации, иногда злились, иногда были вялыми и безразличными. Чаще всего это были молодые люди, попавшие в беду, — они считали, что у них не осталось иного выхода, и ощущали себя в ловушке. Стоило вежливо и мягко задать простой вопрос “Расскажите, что случилось?”, и я неизменно слышал горькую историю об одиночестве, абьюзе, отчаянии, о том, как больно, когда тебя бросил парень или выгнали из дома родители. Иногда положение было и правда тупиковым, а человек, угодивший в эпицентр событий, — глубоко неблагополучным. Черствость (“Нечего тут сцены закатывать, утром будете дома”) и назидания (“Вы что, не знали, как опасен парацетамол?”), даже оправданные на первый взгляд, не приводили ни к чему, кроме обид, и лишь усугубляли эмоциональное состояние больного.

На стажера или старшую медсестру возлагали также обязанность оценить риск и серьезность намерения самоубийцы. Интуитивно представляется, что здесь важно

учесть степень продуманности действий, меры, принятые, чтобы тебя не остановили и не раскрыли твоих планов, летальность метода (прыгнуть под поезд или проглотить несколько таблеток), но на самом деле не существует простой формулы, которая позволяла бы количественно оценить совокупный эффект. Можно, конечно, просто спросить, почему больной так поступил, но на это редко услышишь значимый ответ. А неспешный сочувственный разговор позволит получить награду в виде осмысленного рассказа, который, правда, не стоит принимать за чистую монету, даже если пациент не пытается тебя обмануть. Вряд ли тебе признаются, что решили покончить с собой, чтобы жена почувствовала себя виноватой или чтобы домовладелец не вышвырнул на улицу, хотя подобные объяснения вполне соответствуют обстоятельствам, которые привели к попытке самоубийства. Многие скажут “Просто хочу умереть” или “С меня хватит, мне незачем дальше жить”, но у меня складывается впечатление, что, если удается наладить сколько-нибудь доверительное общение, большинство ответят куда менее однозначно: “Сам не знаю, зачем я это сделал”, “Совсем растерялся, не понимал, за что хвататься”, “Больше не мог выносить это чувство”. Сдается мне, таким объяснениям можно верить.

Психиатры давно пытаются провести грань между самоубийством и самоповреждением. Предложили даже термин “парасуицид”, но он не прижился. Эпидемиология самоубийств и самоповреждений показывает, что они затрагивают разные группы. Самоповреждение распространено гораздо шире: около 400–500 случаев на 100 тысяч населения в год. Оно особенно характерно

для молодежи, а с возрастом сходит на нет. У самоубийства такой тенденции к убыванию не прослеживается. Парасуицид больше распространен среди женщин, суицид — среди мужчин. Однако есть и обширная зона пересечения. Луис Эплби, директор организации *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness* (Национальное агентство конфиденциального расследования убийств и самоубийств при психических расстройствах), сформулировал “правило 50”, практичное и до того легко запоминающееся, что это не может не бодрить: у 50% покончивших с собой есть история самоповреждений; риск самоубийства повышается в 50 раз в течение года после самоповреждения; каждый пятидесятый из попавших в больницу в результате самоповреждения через год будет мертв. Самоповреждение поджигает фитиль, но очень длинный и извилистый, и обычно огонек рано или поздно тухнет, однако случается, что он доползает до запала, и тогда все кончается трагически. Организация Луиса Эплби также выяснила, что особенно высок риск самоубийства сразу после выписки из больницы, особенно в первую неделю и тем более в первый день. Что и оказалось роковым для Томаса.

■ ■ ■

Я никак не мог примириться со смертью Томаса и преодолеть ощущение, что я предал его и его семью, и это заставило меня закопаться в научную литературу в поисках утешения, а может быть, просто чтобы притупить острую боль. Именно там я и обнаружил потрясающие

статистические сведения о самоубийстве на уровне популяции. Масштабная картина, эпидемиологическая точка зрения многим ученым кажется сухой, обезличенной и холодной, как и архивы свидетельств о смерти, на которых она строится. Но ведь именно практические коррективы на уровне популяции позволили изменить ситуацию.

Иногда они были случайными. Когда в пятидесятые годы прошлого века вместо каменноугольного газа, содержащего окись углерода, стали применять природный, резкий подъем смертности остановился, а затем кривая пошла вниз, особенно среди женщин, для которых отравление газом было самым частым методом самоубийства. (Вспомним поэтессу Сильвию Плат, которая в 1963 году покончила с собой в своей лондонской квартире, сунув голову в духовку.) Достаточно было перейти на другое топливо, чтобы общее число самоубийств резко сократилось. Эпидемиологи, к своему удивлению, обнаружили, что здесь сработало отсутствие "альтернативного метода": лишившись возможности свести счеты с жизнью этим методом, люди в большинстве своем не стали обдумывать другие варианты.

Если посмотреть, как менялась статистика в дальнейшем, видно, что несколько поползло вверх количество случаев, когда человек кончает с собой, надышавшись выхлопными газами, особенно среди мужчин. Но и эта тенденция пошла на спад с 1993 года, когда стали выпускать автомобили с каталитическими дожигателями выхлопных газов[7]. Иногда "лишение средств к самоубийству" носило более плановый и продуманный характер, скажем, ограничение отпуска парацетамола и других анальгети-

ков в одни руки. Для этого пришлось в 1998 году внести поправки в законодательство, зато такая мера привела к резкому снижению смертности почти без появления альтернативных методов. Все действенные способы профилактики самоубийств, которые мы обнаружили, были сугубо тактическими и простыми — настолько, что даже неловко.

Помнится, я как-то смотрел выступление стендап-комика, который говорил примерно следующее:

> А знаете, правительство и правда заботится о нас. Вот один мой приятель как-то совсем пал духом и решил: ну хватит, наложу на себя руки. И вот идет он в аптеку закупиться парацетамолом — а там, представьте себе, ему продали только одну упаковку, а в ней всего-то шестнадцать таблеток! Ну послушайте, они что, правда думают, что это остановит человека, который всерьез решил покончить с собой? Типа непонятно, что нужно просто зайти в аптеку еще разок завтра? Может, потому и говорят "совершить самоубийство" — берешь и совершаешь!

Однако здравый смысл здесь обманчив. В докладе психиатра Кита Хоутона и его коллег говорится, что за одиннадцать с лишним лет благодаря ограничениям на продажу лекарств только в Англии и Уэльсе умерло на 765 человек меньше[8]. Передозировка парацетамола по-прежнему встречается часто, но реже приводит к гибели, а все благодаря этому скромному нововведению. Вспомним и другие небольшие коррективы — устранение в психиатрических больницах всяческих труб и крюков, на которых пациенты могут повеситься, установка ограждений

в метро, на железнодорожных платформах и надземных переходах. В Юго-Восточной Азии правительствам стоило бы несколько ограничить доступ к органофосфорным пестицидам, а в США по возможности строже относиться к владению огнестрельным оружием: и то и другое значительно снизило бы число самоубийств. Похоже, несмотря на бремя истории, давление общества и страдания, вызванные душевными болезнями, при всей гамлетовской решимости и каренинской обреченности стремление сделать роковой шаг — страшный, но мимолетный порыв, который разбивается о самое банальное препятствие и развеивается, стоит лишь слегка отвлечься.

И все же некоторые мои собеседники были твердо намерены лишить себя жизни. У них была долгая история психиатрических расстройств и множество суицидальных попыток в анамнезе. Вспоминаю одного мужчину, который пытался отравиться парацетамолом, тщательно все спланировал и выполнил задуманное (никаких импульсивных поступков), что едва не привело к отказу печени, однако он поправился. Он сказал мне, что у него есть фантазия, что после самоубийства он сможет каким-то образом подсмотреть — словно бы с небес, — как его родные соберутся у могилы на похоронах: жена корит себя за недостаток внимания, дети-подростки безутешно рыдают, жалея, что мало времени проводили с отцом, начальник, прежде такой заносчивый, а теперь совершенно сломленный, молит о прощении, и весь мир отдает последние почести великому гуманисту, увы, непризнанному при жизни, которого теперь будет отчаянно не хватать. Еще мне вспоминается несчастная женщина, у которой отец покончил с собой. Она мечтала

избавиться от навязчивых мыслей, что должна последовать его примеру, говорила, что никогда не поступит так жестоко со своими детьми. Помню, как это успокаивало меня. Я записал в своих заметках, что у пациентки, несмотря на риск самоубийства, есть “защитные факторы”. Но она все-таки покончила с собой. У подобных нарративов нет выхода. Бытует мнение (даже среди некоторых психологов и психиатров), будто самоубийство — акт эгоистический. Однако трудно представить себе, каково это — считать себя человеком настолько ужасным, настолько вредоносным, что даже твои дети, плачущие над могилой, почувствуют, что без тебя им лучше.

■ ■ ■

О чем же думал Томас, когда, по всей видимости, планировал последние двадцать четыре часа своей жизни? Этот человек, который “слишком много думал”, похоже, жил настоящим. Невозможно не заметить, что, как только он решил покончить с собой, его охватило глубочайшее спокойствие. Когда Томас отрекся от “религиозной чуши”, это не заставило его искать какой-то иной источник утешения; однако решение усомниться в существовании сверхъестественного тоже не удовлетворило его. Очевидно, я в своем рационалистическом восторге напрасно допустил мысль, что Томас пришел в себя. На самом деле — по крайней мере, так мне видится теперь — его мир, его “моральное строение”, как выразился бы Дюркгейм, полностью преобразились. В этот момент Томас перестал существовать как социальное существо.

Задним числом понятно, что утрата религии должна была насторожить нас. Но почему Томас не увидел никакого выхода, никакой альтернативы? Вероятно, это восходит к избыточному обобщению воспоминаний, которое наблюдалось у Томаса, как и у многих больных депрессией, с самого начала. Психологи показали, что, если думать о прошлом в абстрактных общих терминах, становится трудно переоценить прошлое и его значимость лично для тебя[9]. А это не позволяет извлекать из него новые уроки, мешает творческому мышлению — вот что главное. Поэтому, когда твой мир рушится, а ты не понимаешь, как изобрести другой, у тебя и правда нет будущего, нет надежды, не для чего жить. Но стоит взглянуть в прошлое, как ты увидишь, сколько раз ты менялся, становился другим человеком, и это откроет путь в будущее, в котором тебе хочется жить: что еще может произойти, где ты хотел бы оказаться, как может измениться твоя жизнь[10].

Глава 4
Just the two of us

Тишину раннего вечера развеял настойчивый писк пейджера. Чрезвычайная ситуация. Я был дежурным врачом*, и в мои обязанности входило приезжать в больницу по срочным вызовам. “Драка в надзорном отделении”. Мое отделение. Я сразу понял, кто зачинщик. Джуниор, кто же еще.

Когда я прибежал в палату, слегка запыхавшись и звеня ключами, то застал там патовую ситуацию. Джуниор постоянно просил выпустить его из надзорного отделения — ему просто нужно немного побыть одному, поиграть на гитаре, — но ему не разрешали. Он считался слишком вспыльчивым и непредсказуемым.

Джуниор представлял собой грозное зрелище: под два метра ростом, бритоголовый, добрых сто килограммов чистой мускулатуры. Последовала борьба. Джуниор отмахивался гитарой от санитаров, которые выстроились полукругом перед дверью, не давая ему выйти. Дежурный медбрат, мужчина под пятьдесят, старался разрядить обстановку и мягко успокаивал Джуниора.

* В нашей стране все организовано иначе: дежурный врач должен постоянно находиться в больнице. *(Прим. перев.)*

У него с Джуниором сложились хорошие отношения. У обоих были родственники на Ямайке, и они любили поговорить о доме.

— Ладно тебе, Джуниор. Положи гитару. Ничего хорошего из этого не получится. Сам знаешь, ты на принудительном лечении, у нас правила, отсюда нельзя выходить без сопровождения. Подожди немного, сходим с тобой погуляем по территории. А пока давай вернемся в палату.

Остальные санитары закивали.

— Мы с вами это обсудим, — вмешался я. — Мы все равно собирались скоро пересмотреть правила вашего принудительного лечения, но сейчас вам нужно успокоиться.

— Дядя Том и его благородные разбойники. — Джуниор с усмешкой уставился на дежурного медбрата. — Каково это, когда потомок рабов сам становится рабовладельцем? — А потом, повернувшись ко мне, невесело засмеялся: — *Let my people go* — отпусти народ мой!

И он замахнулся гитарой, держа ее за гриф. Его трясло от ярости. Мы отпрянули.

— Положи гитару, — отчеканил дежурный медбрат.

— Ладно, ладно, положу, не дрейфь! — ехидно отозвался Джуниор.

И бережно опустил гитару на пол. Это был великолепный инструмент, идеально отполированная испанская акустическая гитара с перламутровой инкрустацией.

— Пошли в комнату отдыха. Эй, официант, бокал вашего лучшего "Шато-Галоперидол"!

Напряжение ослабло. Мы вздохнули с облегчением. Джуниор навис над гитарой, с тоской глядя на нее.

А потом вдруг поднял ногу и с силой топнул по гитаре, раздавив деку. И повернулся лицом к стене, театрально подняв руки — сдаюсь, мол. Два санитара подхватили его под локти и препроводили в комнату, куда отправляли пациентов, чтобы те “подумали о своем поведении”.

Это была горькая минута. Мне она напомнила сцену из фильма Роберта Альтмана “Долгое прощание”, снятого в 1973 году по мотивам классического детективного романа Раймонда Чандлера. Частный детектив Филипп Марлоу знакомится с гангстером Марти Августином, которого вопреки традиции в фильме сделали похожим не на итальянца, а на еврея. Кто-то задолжал Марти и разозлил его. Гангстер поворачивается к своей подруге, ласкает ее, расхваливает ее красоту. И вдруг с тошнотворной жестокостью разбивает ей лицо бутылкой из-под кока-колы. После чего поворачивается к Марлоу и произносит: “И это я ее люблю. А ты мне даже не нравишься”.

У Джуниора диагностировали маниакально-депрессивный психоз, или, как теперь говорят, биполярное расстройство.

Джуниору было под тридцать. Сын профессионального музыканта, широко известного на Ямайке, он унаследовал музыкальный талант и стал профессиональным певцом и гитаристом. Вырос он в Великобритании, прекрасно учился в престижном университете и готовился стать юристом, когда его постиг первый приступ болезни. А еще он был мастером боевых искусств (по крайней мере, так говорил).

■ ■ ■

Расстройства настроения, или аффективные расстройства, как называют их психиатры, случаются у многих. У больных депрессией приступы ярких проявлений недуга перемежаются периодами нормального настроения (эутимии). Иногда у них даже бывают эпизоды повышенного настроения. Когда такие перепады становятся экстремальными, их называют манией: возникает отрыв от реальности, при котором колебания настроения влекут за собой бред и галлюцинации, например убежденность, что ты сказочно богат, обладаешь сверхспособностями, что ты гений или супергерой; иногда больной слышит ангельский хор, музыку сфер, глас Божий. При мании человек ощущает прилив безудержной энергии, может сутками обходиться без сна и в конце концов валится с ног просто от усталости. Иногда он начинает говорить с такой скоростью, что речь становится неразборчивой.

Но чаще такие эпизоды проходят легко и быстро — это называется “гипомания” (термин может привести к недоразумению, поскольку он означает просто приподнятое настроение без всякой мании). Иногда гипомания — результат лечения антидепрессантами при гиперчувствительной биологической системе контроля над настроением. При гипомании человека переполняет энергия. Поначалу это заразительно, но вскоре начинает утомлять. Речь становится быстрой и напористой, но за ходом мысли можно уследить (хоть и с трудом). Такие люди оптимистичны, но не иррациональны, однако их суждения и приоритеты

искажены, а из-за поглощенности собой и невнимания к окружающим у них портятся отношения с близкими.

Как ни странно, при мании и даже гипомании человек редко бывает счастлив. Радость и печаль — два полюса настроения любого из нас. Депрессия уводит человека за пределы знакомого ландшафта печали в совершенно другие края, темные и холодные, и точно так же гипомания и мания выходят за границы нормальной радости и счастья туда, где нет ничего постоянного и все быстро меняется. Это царство нетерпения, где не выносят тугодумов и тупиц. Мания словно говорит: “Я хочу всего сразу, и немедленно”. Это плохо изученное эмоциональное состояние не очень похоже на счастье — скорее на взвинченность — и стоит за многими межличностными и психиатрическими нарушениями[1]. При гипомании человек поначалу приветлив и щедр, он раздаривает всем подряд и деньги, и ценности, и свое благоволение, но потом оказывается, что мир не проявляет ответной щедрости, и тогда возникает недовольство. Все такое медленное, что просто зло берет, а кругом одни идиоты! Щедрость может привести к разорению, а смелые прожекты идут насмарку. Все это очень злит и раздражает страдающего гипоманией, а такие чувства способны вызвать агрессию и даже спровоцировать насилие.

Хотя наверняка существует биологический механизм контроля настроения, восприимчивый к химическому воздействию, будь то антидепрессанты, алкоголь или стимулирующие средства, естественно предположить, что должен существовать и психологический регулятор, который стремится удержать наше настроение в разумных пределах. Если настроение выходит за грань

допустимого, оно становится лабильным, неустойчивым. При мании человек впадает то в слезливое отчаяние, то в экстаз, и это не вызывает у наблюдателей ничего, кроме недоумения и усталости. Опытный психиатр может опереться на этот феномен, чтобы обрести некоторый контроль над больным манией, привнеся ноту меланхолии. Тогда пациент внезапно останавливается и становится способен к рефлексии. Длится это недолго, однако зачастую все-таки успеваешь провести краткую осмысленную беседу о сложившемся бедственном положении.

Многим любопытно, как это, когда повернешь ручку настройки чуть дальше нормального. Ведь у каждого из нас бывают моменты, когда мы на подъеме и все идет как по маслу. Сами собой находятся нужные слова по любому случаю, мы умны, остроумны, изысканны. Наши движения плавны и грациозны, все чувства обострены. Иногда так описывают периоды вдохновения и прилива сил, нередко уравновешенные периодами хандры, когда человеком овладевает тяга к молчаливым размышлениям. Психиатры называют это “циклотимия”. Если в древнем трюизме, что всякий гений безумен, есть хотя бы зерно истины, по всей видимости, имеется в виду именно такая контролируемая биполярность. И очень может быть, что невозможно ощутить радость, не познав отчаяния.

Откуда же берется биполярное расстройство, все эти колебания вверх и вниз? Считать одно естественным следствием другого было бы слишком просто. Здесь и коренятся представления, что в манию “вылетают” — как будто, если достаточно долго мучиться от депрессии, можно просто взять и катапультироваться из нее. Более правдоподобна и привлекательна другая точка зрения:

после периода мании или гипомании человек осознает, что натворил, и тогда неизбежна депрессия. Адекватно ли подобное объяснение, вопрос спорный. Однако именно такую закономерность мы и наблюдаем.

Швейцарский психиатр Жюль Ангст (до чего же говорящая фамилия![*]) и его коллеги проследили состояние большой выборки испытуемых с биполярным расстройством в течение нескольких десятков лет. Они обнаружили, что у тех, чье биполярное расстройство было настолько тяжелым, что требовало госпитализации, эпизод с регулярными непрекращающимися колебаниями настроения мог занять пятую часть жизни. В среднем каждый эпизод длится около трех месяцев и возникает — весьма приблизительно — 0,4 раза в год[2]. Обычно в промежутках между эпизодами наблюдается период эутимии, но это состояние мимолетно — иногда затишье между бурями длится всего несколько часов. Многие специалисты полагают, что такой паттерн наследуется, заложен в каком-то генетическом дефекте, но это еще предстоит установить.

Иногда перепады бывают настолько регулярными, что становится страшно. Такая ритмичность часто встречается в природных биологических системах. Многие млекопитающие впадают в периодическую спячку, а некоторые, в том числе и приматы, переживают периоды эструса — половой охоты. Разумеется, репродуктивные циклы — неотъемлемая часть женской физиологии, однако распознать подобный цикл в поведении не так-то просто. Известны случаи маниакально-депрессивных циклов продолжительностью около 28 дней, однако здесь следует оговориться, что самый примечательный случай такого рода, описанный

* *Angst* — страх, тревожность *(нем)*.

в *British Medical Journal* в 1959 году биологом-психиатром Джоном Краммером, — мужчина сорока восьми лет[3].

Многие наши циклы циркадны — например, мы засыпаем и просыпаемся с солнцем. Эти циклы обеспечиваются сложной системой гормональных и нейрофизиологических контролирующих факторов. А их нарушение — работа в ночную смену или перелеты между часовыми поясами — сильнейшим образом влияет на наше настроение и самочувствие. Известно, что подобные насильственные сдвиги по фазе служат триггерами биполярных эпизодов у тех, кто к ним предрасположен. Например, перелет из США в Великобританию, судя по всему, часто провоцирует гипоманиакальные эпизоды, а вот в обратном направлении — нет[4].

■ ■ ■

Разговаривать с Джуниором в тот вечер было попросту невозможно. Атмосфера в отделении была напряженная. Немного покапризничав, он согласился принять дополнительную дозу галоперидола — сильного седативного и антипсихотического средства; ведь, в сущности, он сам первым это предложил.

Наутро я вернулся в клинику — мне предстоял обычный рабочий день. Персонал сообщил, что около трех часов ночи Джуниор задремал. Теперь он уже встал, и да, несколько на взводе, отпускает едкие шуточки и каламбуры про то, как “ударил по басам”, как “заставил всех поплясать прошлой ночью” и так далее. Кроме того, он задирает других больных, как правило,

еще более неуправляемых и с более тяжелыми нарушениями и, безусловно, не таких красноречивых, и портит всем жизнь:

—Вам нечего терять, кроме своих цепей! Вырвемся сегодня из клетки, мои пташечки! “Кто из дома, кто в дом, кто над кукушкиным гнездом!”* Ха!

Я сунул голову в дверь:

—Можно?..

—Не могу вам помешать. У меня нет никаких прав. Я — колония, я — поселение, я — оккупированная территория, — заявил Джуниор с ухмылкой, перебрав индийский, южноафриканский и арабский акцент.

Я обратил внимание на гитару — та одиноко стояла у кровати. Теперь было видно, что не так уж она и пострадала.

—Как жаль…

—Да, я идиот… плачь, моя гитара, плачь… — Он словно невзначай начал напевать себе под нос “While my guitar gently weeps”.

Мы поговорили о “распорядке принудительного лечения” и о том, почему события прошлого вечера придется считать шагом назад. Я понимал, почему Джуниор так злится. На самом деле ему становилось лучше. Мы решили не лишать его права на прогулки с сопровождением (с кем-то из персонала), но договорились, что ему придется ждать, пока кто-нибудь не освободится, чтобы выйти с ним на полчаса или около того. Джуниору нужно было проявлять терпение. Это надзорное отделение, но все же не изолятор и точно не тюрьма. Нам нужно идти друг другу навстречу. Нужно сотрудничать. Джу-

* Перевод А. Сергеева.

ниор снова начал принимать литий, первый в истории медицины и бесспорно эффективный препарат для стабилизации настроения. Раньше он ему помогал. Пока Джуниор не перестал принимать литий, он хорошо себя чувствовал больше года — самое долгое затишье с тех пор, как заболел.

Джуниор к этому моменту пробыл в больнице не меньше двух месяцев. Его доставила к нам полиция, которой сообщили, что он подозрительно долго слоняется вокруг Вестминстерского моста. Было неясно, то ли он собирается броситься в Темзу, то ли направляется в сторону Парламента. Когда полицейские подошли к нему, он, по их словам, “молол чепуху”, что хочет опять устроить беспорядки (не так давно произошли волнения в Брикстоне). Его не стали арестовывать, а привезли в больницу.

Согласен ли Джуниор соблюдать режим? Было видно, что он уже заскучал и забеспокоился. При гипомании у человека появляется одна особенность: он с ходу подмечает в собеседнике все мелочи и готов ухватиться за что угодно — пятнышко, прыщик, неудачную формулировку, якобы слабое место — и воспользоваться этим.

—Вам это нравится, да? — спросил он тоном обвинителя. Я ответил недоуменным взглядом. — Ну, власть, контроль, тиранический *режим*.

—Нет. Честно говоря, я всего этого на дух не переношу.

Джуниор преисполнился презрения. Тогда почему в отделении полным-полно чернокожих?

Не поспоришь. Действительно, количество чернокожих пациентов в психиатрических больницах гораздо

больше ожидаемого даже в тех районах Лондона, где преобладают чернокожие и другие этнические меньшинства. Это стало предметом озабоченности и добросовестных исследований[5]. Может быть, дело в восприимчивости к детским и даже внутриутробным инфекциям у иммигрантов из Африки и Карибского бассейна, которые никогда прежде не сталкивались с распространенными у нас вирусами и потому лишены иммунитета, и это каким-то образом влияет на развитие и функционирование мозга? (Трудно проверить, поскольку изменения могут быть очень тонкими и при сканировании мозга их не видно.) Может быть, это генетическое? (Вряд ли, поскольку в семейном анамнезе особых отклонений нет.) Может быть, это последствия миграции? (Не исключено, хотя большинство пациентов — мигранты во втором или третьем поколении.) Или во всем виновата марихуана и другие наркотики? (Вероятно, хотя потребление марихуаны у черной и белой молодежи одинаково.) А может быть, дело в стигматизации, то есть человеку с иными культурными установками ставят психиатрический диагноз из-за недопонимания — и да, из-за стремления к контролю? (Вряд ли, поскольку ямайские психиатры, работающие в Лондоне, ставят им те же самые диагнозы.) Или это просто реакция на расизм, свойственный нашему обществу? Я был готов согласиться, что мы живем в расистском обществе, но все же считал, что и сам я, и все представители моей профессии лишены подобных предрассудков. Большинство моих сотрудников отстаивали либеральные ценности. Нам нравилось культурное многообразие. Просто мы хотели помочь этим людям вернуться к нормальной жизни.

Что касается стигматизации, мы с коллегами систематически изучили этот вопрос. Мы предложили примерно двумстам практикующим британским психиатрам клинические зарисовки и попросили высказать свои соображения: чего следовало бы ждать от пациента, если бы этот случай был реальным (в частности, будет ли он склонен к насилию)[6]. При этом мы без ведома испытуемых меняли этническую принадлежность героя зарисовки. И обнаружили, что диагноз действительно некоторым образом зависел от того, был герой зарисовки белым или принадлежал к афро-карибскому меньшинству. А главное — если гипотетический пациент был черным мужчиной, риск насильственных действий и в самом деле оценивался заметно выше. Мы объяснили этот феномен “расовым мышлением”: это социологическое понятие предполагает, что расовые стереотипы есть у всех, встречаются везде и обычно нежелательны (впрочем, не всегда). К счастью, если человек осознает у себя расовое мышление, он в силах его побороть, в отличие от идеологического расизма. Потому был сделан вывод, что подозревать профессионалов в “расизме”, возможно, и необходимо, но зачастую это ведет только к обидам и встречным обвинениям. Наше исследование проходило за несколько лет до доклада Макферсона по поводу поведения полиции в деле Стивена Лоуренса и до появления понятия “институционного расизма”[7].

Но в тот момент, в палате Джуниора, я проглотил наживку. Какой же я расист, в самом деле? Я давно заметил, что Джуниор постоянно об этом заговаривает и делает обидные намеки. Он просто не хочет брать на себя ответственность за свои поступки, гласил мой вердикт.

— Еще бы вы так не сказали! Белый человек даже не понимает, что ведет себя как расист, когда говорит с черным. Как и черный человек даже не понимает, что никогда не найдет себе места в культуре белых. — Джуниор разгорячился. — Ничего-то вы не знаете! "Кто честной бедности своей стыдится и все прочее"*, Робби Бернс, рабби Зигмунд… Да я получше вас психиатр, вам таким и не стать никогда! — Он сорвался на крик: — Идите почитайте Франца Фанона, а потом с вами можно будет разговаривать!

■ ■ ■

Я узнал, что Франц Фанон родился в 1925 году на Мартинике, которая тогда была французской колонией в Карибском бассейне. Он был сыном чернокожего отца, принадлежавшего к среднему классу, и матери-мулатки. Во время Второй мировой войны он воевал в составе Свободных французских сил в Северной Африке и во Франции, был ранен и получил орден *Croix de Guerre* — "Военный крест". После войны Фанон изучал медицину в Лионе, специализировался по психиатрии. В качестве дипломной работы он представил трактат, который впоследствии стал его первой книгой — *Peau noire, masques blancs* ("Черная кожа, белые маски")[8]; я взял ее в библиотеке. По всей видимости, университет не принял работу за "неуместный субъективизм", и в 1952 году Фанон представил другую — разбор медицинского случая в менее спорной области нейропсихиатрии[9].

* Перевод С. Маршака.

Первым местом работы Фанона стала психиатрическая больница города Блида-Жуанвиль в Алжире, куда его приняли в 1953 году. На 2500 коек было восемь психиатров. Фанон провел там множество реформ, ввел эрготерапию и привлекал пациентов к управлению больницей. Он пытался создать общую среду для больных европейского и африканского происхождения, но обнаружил, что, если первым это полезно, вторые становятся "злобными и апатичными". Это Фанон объяснял тем, что по ошибке прибегнул к "колониальной политике ассимиляции", но он исправил свою ошибку, когда ввел в больнице местные целительские практики[10].

В книге "Черная кожа, белые маски" Фанон опирается на литературу, антропологию и психоанализ в понимании Фрейда, Адлера и Юнга, а также на философов, в том числе Жан-Поля Сартра и Гегеля. Он пишет о страхе белого человека перед черным (который он называет "негрофобией", хотя теперь этот термин устарел) из-за сексуальной зависти, а также об усвоенном расисме у себя и у своих предков, который приводит к неразрешимому конфликту. "Антилец — раб своего культурного наследия. Раньше он был рабом белого человека, а теперь сам себя поработил"[11]. В 1956 году Фанон вступил в алжирский Фронт национального освобождения и занял более активную революционную позицию против французского неоколониализма. В 1961 году он умер от лейкоза. Тогда он был послом Алжира в Гане.

Жаль, что я раньше не знал ничего о Фаноне — теперь я понимал, почему он служит источником вдохновения для психиатрических больных карибского происхождения. Концепция расового мышления, наверное, понра-

вилась бы Фанону на первых этапах его теоретических размышлений, в период "Черной кожи, белых масок", но не потом, когда он стал придерживаться более радикальных взглядов.

■ ■ ■

Раздражительность и идеи величия у Джуниора понемногу отступали, и теперь с ним можно было разговаривать относительно подолгу, не перескакивая с предмета на предмет (это иногда называют "скачка идей"), и без утомительного препирательства, пусть и беззлобного. У нас были важные темы для обсуждения: как спасти карьеру, как восстановить отношения с друзьями и родными, как в будущем избежать госпитализации в психиатрическую больницу. Тон бесед был серьезный, даже меланхоличный. Я не знал, что это надвигающаяся депрессия или, как считали те, кто знал его лучше, просто настоящий Джуниор — задумчивый, замкнутый, печальный молодой человек. Иногда он все же не удерживался от шпилек в адрес моих "привилегий белого человека": "Вам-то легко говорить" и "Готов спорить, вам в жизни не приходилось ни за что бороться". Кроме того, у нас случались и неформальные разговоры о музыке. Я сказал Джуниору, что немного играю на пианино. Мы оба обожали джаз.

Поскольку Джуниор находился на принудительном лечении согласно закону об охране психического здоровья, он не мог выходить из здания больницы без сопровождения, и это оставалось источником конфликтов

и обид. Джуниор понимал, что в принципе, если выйдет один, не долечившись как следует, может попасть в беду, и видел, что ограничения постепенно ослабевают. Но для него это было слишком медленно. Я тогда лишь проходил стажировку как психиатр, поэтому решения по режиму принимал не я, а консультант. Но я придумал, как развеять скуку и укрепить наше растущее взаимопонимание, и пообещал Джуниору, что буду сопровождать его во время следующей прогулки по территории больницы — и пусть он возьмет гитару.

И вот мы отправились в спортивный зал при больнице. С одного конца там была замаскированная сцена, покрытая пылью и загроможденная сломанным спортивным снаряжением, теннисным столом, пустыми каталожными шкафами и прочим хламом. Но там же, под зеленым чехлом из мешковины, стоял настоящий концертный рояль *Blüthner*, та самая модель, на которой Пол Маккартни впервые сыграл “Let It Be”. Я знал, что рояль настроен, поскольку сам играл на нем, когда аккомпанировал рождественской пантомиме. Джуниор был заворожен, только и смог выдохнуть: “Ух ты”. За несколько лет до того у нас лежал виртуоз Джон Огдон[12], и он играл на этом рояле. У него было тяжелое психиатрическое расстройство, вероятно, разновидность маниакальной депрессии, о чем много писали в прессе, и один раз, когда у него случился период ухудшения, он использовал нашу больницу как базу, откуда выезжал давать концерты в центре Лондона.

— Ну, давайте устроим джем-сейшн, — сказал Джуниор, достал гитару и настроил инструмент — треснувший, но в остальном вполне рабочий. Музыканты-любители наверняка не раз бывали в компаниях, где собравшиеся

по очереди выкликают названия песен и фамилии исполнителей, рассчитывая найти что-то общее. Иногда, ко всеобщей досаде, это не получается. Я предложил начать с классики. Может, “Summertime” Гершвина?[13] Беспроигрышный вариант.

Мы несколько раз сыграли мелодию и прекрасно разогрелись. Джуниор знал слова. Музыка текла словно сама собой, мы расслабились. Это было настолько не похоже на обычную обстановку наших встреч, что у нас возникло ощущение, будто мы школьники, которые сговорились удрать с уроков.

—Джордж Гершвин, “Порги и Бесс”! Как только молоденькому еврею из Бруклина удалось так понять самые глубокие и мрачные пучины негритянской жизни? — спросил Джуниор.

—В том и состояла его гениальность — создавать музыку, понятную всем.

—Мелодично, согласен, но как же культурная принадлежность? У вас, евреев, своя мрачная история, зачем вам наша?

Мне не хотелось портить атмосферу, но на что он намекает? И вдруг все обрело смысл. Все эти разговоры об “отпусти народ мой”, оккупированных территориях, Робби Бернсе и рабби Зигмунде… Это было вовсе не заигрывание с мыслью, что евреи-жертвы теперь стали агрессорами (и не подшучивание над моим шотландским акцентом): Джуниор метил в меня лично. Он пытался найти у меня какое-то слабое место, которым потом можно воспользоваться, вероятно, чтобы выровнять дисбаланс сил между нами с его точки зрения. И сделал вывод, что я еврей. Я не собирался углубляться в разго-

воры о моем происхождении и личной жизни. Все-таки нужно устанавливать подобные границы, чтобы сохранять профессиональную дистанцию. Можно держаться по-дружески, но нельзя становиться друзьями. Я попытался сменить тему.

— Что скажете о двенадцатитактовом блюзе? — Я взял несколько аккордов, и мы заиграли.

— *Can the blue man sing the whites or are they hypocrites to sing the blues?*[*] — с выражением пропел Джуниор, когда мы закончили роскошной большой септимой.

— Давайте немного сбавим обороты. Может, мягкий джаз? — предложил я.

Мы обменялись несколькими фамилиями. Я предложил хит Грувера Вашингтона — там во вступлении сложные хроматические ходы, зато потом простой рифф, вокруг которого можно импровизировать.

— Славно! — одобрил Джуниор. — Это у меня мелодия для соблазнения — для зрелых дам.

Just the two of us…[14]

Нас только двое…

Мы посмеялись. Атмосфера была восстановлена.

Я взглянул на часы. Нас не было в отделении больше часа. Я задумался о том, как мощно музыка связывает людей и доходит туда, куда нет доступа ни лекарствам, ни словам. Но настала пора возвращаться. Я закрыл крышку рояля, Джуниор убрал гитару в футляр. Провел рукой по деке и поморщился:

— Думаю, это можно починить. Надеюсь.

* Прибл. “Может ли блюзовый певец петь музыку белых, или это они кривят душой, когда поют блюз?” — цитата из песни “Can blue man sing the whites” британской группы *The Bonzo Dog Doo-Dah Band* (1968).

Я уверенно кивнул.

— Ах да, спасибо, — негромко и искренне продолжил он. — Было здорово.

— Да, еще как.

На пороге он вдруг остановился:

— Так вы еврей?

Я ответил не сразу.

— Да.

Он посмотрел мне прямо в глаза:

— Надо же! А я черный.

Глава 5

You Are What You Eat

Есть ли на свете лозунг более броский и более бессмысленный, чем “Ты есть то, что ты ешь”? С другой стороны, совет “Надо есть, чтобы жить, а не жить, чтобы есть” гораздо разумнее, но ведь сердце от него не екает. Голод и желание поесть — одна из наших самых мощных биологических потребностей. Однако, как и в случае сексуального влечения, пищевое поведение человека окутано плотной сетью культуры, сотканной из ритуалов, обычаев, коммерции и этики, а не подчиняется простым эволюционным императивам.

Рождественский обед с индейкой и всем, что полагается. Шикарные ультрасовременные рестораны-святилища, где на прямоугольных каменных дощечках подают какую-то пену, дикие съедобные растения и слизистые потроха. Сырая рыба, покрытая изысканной резьбой, словно драгоценное украшение. Тухлый творог, превращающийся в тысячи сортов сыра. Обжигающе-острые рептилии на уличных прилавках в азиатских городах. Генетически модифицированный тофу. Прожаренная треска с чипсами в кульке из вчерашней газеты в сонном приморском городке. Триллион одинаковых гамбургеров. Карри из

индийской забегаловки пятничным вечером. Последняя трапеза приговоренного к смерти. Кровь и плоть. Пиры и посты. Куриный бульон и его чудодейственные целительные свойства.

Контроль над аппетитом осуществляется благодаря сложной, но восхитительно гармоничной нервно-гуморальной программе. Это часть системы, которую физиологи называют гомеостазом: организм умеет регулировать свою внутреннюю среду так, чтобы ему всегда хватало энергии. Недостаток пищи запускает выработку гормонов (“гуморов”), в частности холецистокинина и грелина[1], которые возбуждают аппетит (то есть это орексигенные гормоны, от греческого *orexis* — “аппетит”), и мы чувствуем голод и отправляемся искать пищу. Когда пища попадает в желудок, она запускает выработку гормонов вроде инсулина и лептина — химических вестников, которые сообщают машинному отделению мозга, гипоталамусу, что можно перестать есть (анорексигенные гормоны), и мы ощущаем сытость.

Помимо множества других гормонов, циркулирующих у нас в крови, есть еще и электрические импульсы-послания, передающиеся по нервной системе. Главный электрический кабель, соединяющий кишечник с мозгом, — блуждающий нерв. Желудок посылает в мозг электрический импульс, из-за которого мы становимся голодными или сытыми, а также запускает рефлекторное поведение — от самого фундаментального (слюноотделение) до крайне сложного (забронировать столик у “Эскофье”). Отвечает за этот процесс, по всей видимости, группа клеток гипоталамуса, которая называется “нейроны, экспрессирующие (считывающие с ДНК)

агути-родственный пептид". Эксперименты на крысах в пятидесятые годы прошлого века показали, что повреждения латеральной области гипоталамуса прекращают пищевое поведение, а электрическая стимуляция заставляет есть безостановочно. Называть это "выключателем" было бы упрощением, однако в целом роль гипоталамуса не вызывает сомнений[2].

Возбуждение распространяется от гипоталамуса, расположенного на вершине ствола мозга под таламусом ("коммутатором" входящих чувствительных сигналов), к областям промежуточного мозга, отвечающим за мотивацию и вознаграждение, что вызывает ощущение удовольствия и исполненного желания. Отсюда активность распространяется дальше, в высшие исполнительные контролирующие области коры, где мы получаем возможность подумать об этих ощущениях (то есть запланировать, когда мы их повторим, или укорить себя и решить, что пора на диету). Обратите внимание, как скоро гомеостаз и физиологическое равновесие смещаются в сторону морального равновесия, если речь идет о еде. Возьмите этот процесс и запустите его в реальном мире — и вы, вероятно, очутитесь в тупике: гомеостатическое питание не может примириться с гедонистическим (едой ради удовольствия). Метафоры конфликта не могут избежать подчас даже самые строгие нейрофизиологи[3].

Термин "нервная анорексия" — *anorexia nervosa* — буквально означает утрату аппетита из-за нервного или душевного расстройства, в отличие от физической болезни, скажем, рака или хронической инфекции. Его ввел в обращение в 1873 году сэр Уильям Галл, упомянув, что болезнь поражает "в основном молодых жен-

щин", однако симптомы нервной анорексии описывались еще в античности[4]. Многие больные и врачи не считают утрату аппетита основным симптомом этой болезни: главная ее черта — сильнейший страх набрать вес и располнеть и соответствующее желание сохранить стройность. Это приводит либо к жестким ограничениям в еде, либо к приступам обжорства, после которых больные так или иначе избавляются от съеденного. Некоторые больные, особенно задним числом, признаются, что не теряли аппетита, более того, их мучил постоянный голод, однако они, подобно герою рассказа Кафки "Голодарь", отличались особенно твердой решимостью и виртуозным умением контролировать эти чувства. Есть и такие, кто отмечал, что со временем желание поесть слабеет, притупленное, возможно, легкой дурнотой, которая сопровождает длительное голодание. Дурнота вызвана тем, что организм расщепляет свои запасы жира, а при этом выделяются химические побочные продукты — кетоны, — которые попадают в кровь, подавляют аппетит и придают дыханию характерный тошнотворно-сладкий запах.

В Лондоне времен Галла бушевал туберкулез, и когда к доктору обращалась молодая особа, сильно похудевшая за последнее время, это было первое, что приходило ему на ум. Поэтому нервная анорексия была скорее медицинским курьезом и входила в "дифференциальный диагноз" туберкулеза. Лишь в пятидесятые годы XX века болезнь удостоилась пристального внимания — и, вероятно, распространилась. На сей раз она несла с собой тяжелый эмоциональный багаж. Психоаналитики, в том числе Хильда Брух, полагали, что в основе болезни лежат

психологические составляющие: трудности, с которыми сталкивается девушка, когда ей настает пора стать женщиной, превратиться в самостоятельное сексуальное существо, отделенное от семьи, а также расстройства восприятия тела[5]. В семидесятые свой вклад в эту картину внесли мыслители-феминистки, в том числе Сьюзи Орбах, которые начали критиковать представления о пище, диете и полноте в современной жизни[6].

Такой и представляется всем нам *anorexia nervosa*[7]. Мы читали в журналах и видели по телевизору душераздирающие истории девочек-подростков, панически боявшихся растолстеть. Мы знаем, к чему это приводит: они, к ужасу родных и близких, морят себя голодом, а иногда и умирают во цвете лет. Их представление о собственном теле — схему тела — прекрасно иллюстрирует карикатура, на которой исхудалая девушка смотрит на себя в зеркало и видит в отражении своего тучного двойника.

■ ■ ■

У Кейтлин все было иначе. Ее направили ко мне с записью в карте “?атипичное расстройство пищевого поведения”. Во-первых, Кейтлин недавно исполнилось сорок, во-вторых, она отнюдь не считала себя полной. Напротив, она охотно соглашалась, что довольно худа, хотя, пожалуй, это было преуменьшение; вероятно, она сама не понимала, какой костлявой и бледной выглядит. У нее уже много лет не было месячных. Беспокоило ее главным образом отсутствие аппетита. Врачи, направившие ее ко мне, подозревали “органическое поражение” или какое-то за-

болевание мозга, возможно, опухоль гипофиза, которая объяснила бы аменорею (отсутствие менструации), или гипоталамуса, которая вызвала бы снижение аппетита[8]. Однако все это исключила МРТ, не выявившая никаких отклонений. Мне стало интересно, и я решил расспросить Кейтлин подробнее о симптомах, особенно о "потере аппетита". Похоже, эта тема не слишком увлекала ее.

— Вокруг еды столько шума. "Чего бы тебе хотелось?", "Давай сходим куда-нибудь перекусить!", "Вкуснятина!", "Настоящий деликатес!" И так без конца. Мне нельзя тратить на это столько сил и времени.

Ее рацион состоял из хрустящих хлебцев с зеленым салатом, черного чая, иногда яблок. Дело не только в том, что Кейтлин не получала удовольствия от еды: она считала, что ей не следует его испытывать, как, пожалуй, и всем остальным.

— Это же биологическая функция, и больше ничего. Не выношу, когда люди, особенно женщины, начинают распространяться о своих "сложных отношениях с едой". Какие могут быть отношения… ну, я не знаю… с тортом? Нашли о чем думать, ведь есть более важные вещи…

Кейтлин говорила отрывисто, с длинными промежутками между фразами. Было видно, что она постоянно отвлекается, погружается в свои мысли.

— Какие именно? — спросил я после паузы.

— А? Простите, я отвлеклась.

— Вы сказали, что есть более важные вещи, о которых надо думать. Какие именно?

— Ой, ну вы же сами понимаете…

Похоже, больше я не мог ничего добиться от Кейтлин. С ее губ не срывалось ничего существенного — как

ничего существенного в них и не попадало. Ее философская концепция пищи сводилась к тому, что пища нужна, чтобы не умереть, а следовательно, не должна доставлять удовольствие. Точно так же Кейтлин относилась и ко всему остальному.

Кейтлин выросла на маленькой ирландской ферме. Она была младшим ребенком из четверых, единственной девочкой. Отец скоропостижно скончался от сердечного приступа, когда Кейтлин еще не исполнилось двадцати. Мать работала на ферме и растила детей. Фермой управляли двое старших братьев. Младший пошел учиться на священника, но передумал и стал социальным работником. Кейтлин хорошо училась в школе и поехала в университет в Англию, чтобы изучать историю. Ей было совестно, что пришлось бросить мать, которую она нежно любила. Ее мама отменно готовила, была женщиной щедрой и любвеобильной, но тогда, после смерти мужа, словно оцепенела. Стала “липнуть” к Кейтлин, и та решила, что это душит ее и надо уехать. Жизнь на ферме была трудной, денег постоянно не хватало. Кейтлин была рождена для научной карьеры, а трудное детство сделало ее не по годам серьезной, рачительной и самостоятельной.

Может быть, у нее просто депрессия? Сниженное настроение притупляет всяческие приятные чувства, и это очевидно, вот почему главный симптом депрессии — ангедония (буквально — “отсутствие удовольствия”). Несколько реже встречается другой симптом — некоторые признаются, что при плохом настроении прибегают к “еде ради утешения”, видимо, чтобы ухватиться за последние приятные ощущения, оставшиеся в их распоряжении, но это не приводит ни к чему, кроме отчаяния и отвращения к себе.

Я задал Кейтлин стандартные вопросы о настроении:

Каким она видит будущее? “Будущее случится вне зависимости от того, что я думаю”.

Считает ли она, что ее жизнь стоит того, чтобы жить? “Сейчас — да. У меня много работы”.

Чувствует ли она себя виноватой в чем-то? “Да, много в чем”.

Считает ли она себя хорошим человеком? “Смотря что считать хорошим”.

Считает ли она, что у нее депрессия? “Э-э-э… Не знаю. Может быть”.

Отвечала она предельно лаконично. Нет, она не хотела утаить что-то от меня, но у меня возникло ощущение, что Кейтлин принадлежит к тем людям, которым надо от всех прятаться, не оставлять никаких впечатлений. Обычных признаков депрессии у нее не наблюдалось — поставить четкий диагноз явно будет трудно (впрочем, как и большинству моих больных).

Я не сдавался:

—Так вы не можете сказать, что счастливы, верно?

—Нет, я точно не счастлива. Дело не в том, что у меня депрессия — что бы вы под этим ни понимали. Я не считаю, что должна быть счастлива, в отличие от большинства современных людей. С исторической точки зрения у нас нет такого права. Счастье — это почти… почти пустота. Живи своей жизнью, старайся творить добро или по крайней мере не вредить. Мне этого достаточно.

Я заговорил о лекарствах, об антидепрессантах, не потому, что считал, что они сейчас ей помогут, а просто чтобы прощупать почву. Пилюли счастья? Ни за что. Помолчав несколько секунд, я сменил тему.

— А какой вы себя видите? В своем теле?

— Что вы имеете в виду?

— Нравитесь ли вы себе? Нравится ли вам ваша внешность?

Последовала долгая пауза на размышление, а затем Кейтлин ответила:

— Не уверена, что это одно и то же.

Здесь она была права, но это открывало простор для совершенно нового разговора, а у нас истекало время.

Я понимал, что узнать Кейтлин поближе мне доведется не скоро. После первой встречи для оценки ее состояния, занявшей примерно полтора часа, я предложил ей побеседовать еще раз через месяц. Я не стал предлагать ей ни психотерапию в виде заранее обговоренного количества сессий раз в неделю или две, ни психоанализ, когда встречаться нужно еще чаще и неопределенно долго (к тому же меня ему не обучали). Мы были в обычной поликлинике при больнице общего профиля под эгидой Национальной службы здравоохранения. Но мне же надо было предложить пациентке хоть что-то.

Я посоветовал ей намазывать на хлебцы немного творожного сыра. Она сказала: ладно, попробую.

■ ■ ■

Что такое схема тела? Зигмунд Фрейд, как известно, писал:

> “Я”, прежде всего, — телесно; оно не только поверхностное существо, но и само — проекция поверхности. Если

> искать для него анатомическую аналогию, то легче всего идентифицировать его с “мозговым человеком” анатома, полагающего, что этот человек стоит в мозговой коре на голове; пятки у него торчат вверх, смотрит он назад, а на его левой стороне, как известно, находится зона речи. Представление о внутреннем чувстве, картине или объемной модели тела в сознании, построенной на основе физического тела, однако отличающейся от него, играет важнейшую роль[9*].

Эта работа вышла в двадцатые годы прошлого века, и Фрейд опирался в ней на современные ему представления о неврологии с ее общепринятым понятием идеальной маленькой карты тела, живущей в мозге. Еще в начале XX века было установлено, что эта карта — не точная копия в масштабе, а приблизительная репрезентация, и это подтолкнуло ученых к введению понятия “схема тела”; считается, что термин придумал в 1935 году Пауль Шильдер, нейропсихиатр и бывший ученик Фрейда.

Неврологи отметили, что повреждение теменной доли мозга справа[10] иногда приводит к очень странным синдромам, затрагивающим телесные ощущения, особенно с левой стороны тела. В некоторых случаях человек словно бы разрезан пополам и игнорирует свою левую сторону или не чувствует ее своей. Этот синдром, так называемый неглект или геминеглект (одностороннее пространственное игнорирование), — явление в наши дни хорошо описанное, но недостаточно изученное. Бросается в глаза односторонность: характерный признак неврологических расстройств схемы тела — именно прак-

* Перевод Л. Голлербах с дополнениями.

тически неизбежная асимметричность, причем обычно с левой стороны.

Однако у схемы тела есть одна особенность: это карта с искаженным масштабом. Термин "мозговой человек" из вышеприведенной цитаты ввел в широкое обращение монреальский нейрохирург Уайлдер Пенфилд — точнее, он предпочитал слово "гомункул". В сороковые–пятидесятые годы XX века он проводил эксперименты по электрической стимуляции соматосенсорной коры у людей в сознании перед хирургическими операциями в связи с эпилепсией. Он наглядно показал, каким участкам на карте мозга соответствуют те или иные телесные ощущения. Оказалось, что площадь на этой карте распределена искаженно — и не только потому, что правая сторона тела спроецирована на левое полушарие. К кончику указательного пальца подходит столько нервных окончаний, особенно у правшей, что для них требуется значительно больше места в мозге. Так же и язык, губы и наружные половые органы, хотя их репрезентация сжата вдвое по вертикальной оси. А спине и ногам, наоборот, почти не уделено места. Правда, есть и другой гомункул, контролирующий движения, и он сидит не в теменной доле, а впереди, в моторной части лобной доли. Тут основное место занимают пальцы рук, но и ноги и руки от запястья до плеча наконец-то удостаиваются внимания, соответствующего их роли в деятельности человека[11].

Таким образом, представления о частях тела в мозге опираются на реальное тело, но отличаются от него. И это только начало. Когда мы переходим от непосредственного контроля и восприятия тела к смутным "ощущениям" от тела и к тому, каким мы его воображаем,

это, в сущности, все равно что переходить от осязаемых реалий физического мира через психологию в изменчивый и зачастую беспощадный социальный мир. По мере продвижения от соматосенсорной коры в другие отделы мозга, скажем, в височные и лобные доли, любая карта или схема все больше утрачивает буквальность, поскольку информация, поступающая от тела и к телу, не просто ретранслируется, но и подвергается различным манипуляциям и становится более абстрактной.

Если неврологические расстройства схемы тела, как правило, односторонни и асимметричны, те расстройства, с которыми обращаются к психиатрам и нейропсихиатрам, и те, которые заставляют прибегнуть к услугам пластических хирургов, напротив, поразительно симметричны и сосредоточены на средней линии тела: речь идет о носе, груди, животе, пенисе и габаритах в целом.

■ ■ ■

Две следующие сессии прошли примерно так же. Кейтлин приходила вовремя, хотя предпочитала не пользоваться общественным транспортом; одежда на ней была одна и та же. Я старался говорить в основном о ее весе и физическом здоровье. Кейтлин не знала, сколько весит (она никогда не взвешивалась), но я предполагал, что где-то около 40–45 килограммов. Она не заботилась о внешности и старалась не смотреть на себя в зеркало. Кейтлин проговорилась, что и моется только тогда, когда иначе уже нельзя. Однако она не худела дальше, по крайней мере, на вид. Менструации не вернулись: ее вес был ниже

критической отметки, которую эволюция задала для безопасного размножения и на которой организм запускает другой гомеостатический каскад, берущий начало в гипоталамусе, чтобы привести в действие яичники. На это Кейтлин ответила: “А зачем мне месячные?”

Ее жизнь была строгим чередованием работы и сна, и Кейтлин утверждала, что ей требуется есть только дважды в день. Я диву давался, как она еще держится на ногах. В голову лезли неуместные “съедобные” метафоры. Наши сессии были пресными. Кейтлин время от времени бросала мне объедки, но в целом держала впроголодь. После нашей последней встречи я понял, что умираю с голоду — в буквальном, а вовсе не в метафорическом смысле — и мне нужно срочно съесть сэндвич с беконом; пришлось отправиться в забегаловку по соседству. Неужели аппетит у меня так разыгрался от разговоров о еде? Или это какая-то бессознательная проекция? Похоже, у Кейтлин был иммунитет против нормального чувства голода, но она каким-то образом заражала им меня. Нужно было лучше познакомиться с ней, чтобы она из простого передатчика незатейливых телесных ощущений превратилась для меня в реального трехмерного человека. Нужно было нарастить мясо на эти кости.

Перед следующей встречей с Кейтлин я раскопал в ее истории болезни старые заметки и записи. Она несколько раз обращалась за психологическим консультированием, начиная лет с двадцати пяти, а кроме того, иногда проходила более глубокую психотерапию. Очевидно, за это можно было зацепиться.

Следующая сессия началась примерно как предыдущие, не считая того, что Кейтлин принесла рюкзак, на-

битый бумагами, — часть ее исследования. Она была все в той же тусклой мешковатой одежде и все такая же тощая. Я заговорил о ее личной истории — с того места, где мы остановились. Кейтлин усердно училась в университете, интересовалась современной историей, особенно Второй мировой войной. Это была ее область исследований. Она хорошо защитила диплом, осталась в университете в должности младшего научного сотрудника, затем приступила к работе над диссертацией. На нее ушла целая вечность, но в конце концов Кейтлин все-таки получила ученую степень и теперь преподавала. Она писала книгу о том, как различные европейские институции, в том числе церковь и “Красный крест”, реагировали на набиравший силу фашизм.

Я признался в невежестве и попросил немного рассказать об этом. Кейтлин сразу приободрилась. Похоже, она чувствовала себя гораздо увереннее, когда сама вела беседу с позиции “специалиста” и ей не надо было сосредотачиваться на своих потаенных чувствах. Ученые в ее сфере, объяснила она, часто интересуются темными областями истории и географии в поисках случаев, которые пролили бы свет на картину в целом. Начинала она с изучения Балкан и часто ездила туда, пока работала над диссертацией.

Она объяснила, почему различные группы хорватов встали на сторону нацистов, и о зверских расправах над сербами и цыганами. Слышал ли я об усташах? Я не слышал, и Кейтлин укоризненно покачала головой. Это было экстремистское националистическое движение, зародившееся в межвоенные годы; в конце концов усташи захватили власть при содействии нацистской Германии,

но немецкий фашизм оказался слишком фанатичным и кровожадным даже для них. Военизированные отряды усташей были печально знамениты тем, что пытали и уродовали людей. Кейтлин объяснила, как они заручились поддержкой католической церкви в борьбе против православия; оказывается, католическая церковь до сих пор не признала это в полной мере, и Кейтлин считала это своим личным позором, поскольку ее вырастили в католической вере.

Это была увлекательная, хотя и печальная лекция по истории. Пыталась ли Кейтлин донести до меня что-то через символический смысл своего рассказа? Вариантов было несколько. Обдумав их, я сделал вывод, что Кейтлин обладает живым умом и обостренной чувствительностью к несправедливости и лицемерию. Напрасно я ее недооценивал. Шло время, наши полчаса подходили к концу. Я вспомнил о заявленной цели наших встреч. Как ее аппетит? Набрала ли она вес? Кейтлин не очень понравилась текстура творожного сыра, и вообще она, пожалуй, склоняется к веганству, но попробует еще. Немного набрала — наверное, килограмм. Ничего определенного. Я похвалил ее и посоветовал несколько ослабить закон двух трапез в день — может быть, иногда съедать в промежутке несколько орехов: здоровая и к тому же веганская пища! Она сказала, что попытается, собрала вещи и ушла.

Наша следующая встреча состоялась через месяц, и я выделил для нее целый час. Не исключено, что у меня разыгралось воображение, но выглядела Кейтлин чуточку лучше — по-прежнему очень худа, но в лице прибавилось красок. Она сказала, что устала, но работа идет хорошо.

Нашла кое-что новое о “Красном кресте”. Известно ли мне, что до войны нацисты захватили немецкий “Красный крест” и сделали его частью своей машины? Международный комитет “Красного креста” тем временем пытался обойти их и каким-то образом помочь военнопленным и заключенным концлагерей — послать им свои знаменитые “продуктовые пайки”. Я возразил, что хотя ее изыскания меня очень интересуют и мы запросто могли бы скоротать время, если бы она читала мне лекции, а я слушал, это отвлекает нас от главного. Кейтлин умолкла и словно сдулась. Потом выпрямилась, скрестила руки на груди и обратилась ко мне так, словно я был ее студентом из числа не самых способных.

—Хорошо, и о чем, по-вашему, нам следует говорить?

—Ну, я собирался спросить вас… Здесь, в вашей карте, упоминается, что вы обращались к психологу-консультанту.

—А, да. Я некоторое время регулярно ходила к одной женщине. Она психотерапевт и правда очень мне помогла. Сто лет назад. Нам обязательно к этому возвращаться?

—Нет, не обязательно, просто мне любопытно узнать, что вас побудило.

—Видите ли… мне все не нравилось — ни я сама, ни мир вокруг. — Она довольно долго молчала. — Это было, когда я ездила по бывшей Югославии. Встретила там одного англичанина. Он бросил университет и мотался по Европе. Он мне нравился. Я думала, мы друзья. Как-то вечером он напился и вынудил… Он заставил меня заниматься сексом. С юридической точки зрения это не было

изнасилование, по крайней мере, мне так сказали. Но все равно… омерзительно. Он предал мое доверие… навсегда отвратил от секса… и от мужчин… и, если честно, от людей вообще.

Кейтлин говорила спокойно, почти что будничным тоном.

— Какой ужас. Вы заявили в полицию, обратились за помощью?

— Нет, без толку. И вообще все позади.

Такие откровения трудно переварить. Несмотря на попытки Кейтлин сгладить свой рассказ, это событие явно сыграло для нее важнейшую роль — тут не было ни малейших сомнений. Однако у меня возникло ощущение, что нельзя поддаваться соблазну и считать, будто это все объясняет, будто я нашел единственный ответ, раскрыл страшную тайну и можно больше ничего не выяснять. Наверняка все гораздо сложнее. Я неохотно вернулся к разговору.

— Правда позади?

— Да! — с чувством ответила Кейтлин. — Некоторое время я занималась самоповреждением — резала себя. — Она показала на грудь. — Это было тяжело. Но теперь я понимаю, что ни в чем не виновата. Мне не в чем себя упрекать. И я не то чтобы отказалась от отношений с мужчинами — то есть не совсем… Зато я посмотрела на свою жизнь с другой точки зрения. Произошедшее со мной нельзя даже сравнивать с тем, что выпало во время войны на долю других, особенно женщин. Все, что принято воспринимать как данность… еда, крыша над головой, любовь… Понимаете, нам не следует, нам нельзя…

Я тщательно сформулировал ответ.

— То есть если вы сами лишите себя всего этого, никто другой не сможет вас этого лишить?

— Нет, вы не понимаете. Я не такая, как все. Мне это действительно не нужно.

Неужели правда? По крайней мере, у Кейтлин была логика. Ей не нужно было получать удовольствие от еды, она не ожидала, что может стать счастливой, и это вызывало у нее ощущение, что она не такая, как все, а вероятно — даже лучше других.

У нас снова кончилось время. Прежде чем попрощаться, я спросил Кейтлин, как она ест. Орехи оказались ничего, ответила она.

— Может быть, обмакнуть яблоко в мед?

— Фу! — Она поморщилась. — Ладно, попробую.

■ ■ ■

Эмоция отвращения основана на желании уберечься от заражения[12]. Типичное действие, которое должно вызвать отвращение, — поедание человеческих или звериных экскрементов. Одно упоминание подобного вызовет реакцию “фу” и характерную гримасу — либо плотно сжатые губы, либо высунутый язык и оттопыренная нижняя губа (попытка выплюнуть то, что попало в рот); иногда мы даже зажимаем нос, чтобы не чувствовать воображаемых запахов, а в крайнем случае ощущаем рвотный позыв. Если показать человеку изображения лиц, искаженных гримасой отвращения, это активирует в мозге участки, отвечающие за вкус. Но самое интересное в отвращении — что его вызывают и другие, менее яркие тригге-

ры. Простейший пример: отвращение способны вызвать любые телесные жидкости и вещества. Их не обязательно брать в рот, достаточно любого контакта. Более того, акт проникновения в тело — это и сексуальное поведение, которое также вызывает сильную реакцию, как положительную и эротичную, так и отрицательную, неприязненную. Пожалуй, отвращение побило все рекорды по генерированию всевозможных табу и ритуалов, которыми пронизана любая культура (вспомним диетические законы в различных религиях, ритуалы очищения, правила, касающиеся секса и менструаций, и так далее). То, что поначалу было механизмом, предохраняющим от заражения, в результате определяет наши границы — очерчивает круг наших близких и любимых, чьи экскременты и телесные жидкости мы худо-бедно переносим, и даже более широких социальных групп, чьи идеи и ценности мы с радостью разделяем. Мы называем что-то отвратительным, чтобы выразить моральное осуждение. Психологические эксперименты показали, что люди отказываются пробовать фруктовый сок, если подать его в подкладном судне, даже новеньком, ни разу не использованном, — и точно такую же автоматическую физическую реакцию вызывает, например, элемент нацистской униформы[13].

На отвращении, как считается, основаны и некоторые психиатрические синдромы — страх заражения объясняет обсессивно-компульсивное расстройство, заставляющее человека непрерывно все мыть и бояться "грязи". То же самое можно сказать и о расстройствах пищевого поведения[14]. Центральным мотивом может стать стремление снизить калорийность, но многих мутит при мысли о стейке с кровью, сочащемся жиром. И в самом деле,

многие из нас все больше думают о диетах — и потому, что вынуждены следить за весом, и из соображений охраны окружающей среды. И все сильнее стирается та грань, за которой здоровая забота о себе и природе перерастает в нездоровую одержимость тем, что кладешь в рот: его происхождением, чистотой, пользой для здоровья, способностью вызвать аллергию. Некоторые авторитетные ученые придумали для этого нового явления термин “орторексия” (“правильный” аппетит; влечение к “правильной” пище)[15].

■ ■ ■

Две следующие сессии прошли примерно так же. За отведенное время Кейтлин рассказывала мне, что нового узнала и как продвигается книга, а заканчивали мы разбором, что она ест каждый день. Теперь она определенно начала набирать вес и отмечала, что, как ни парадоксально, чем больше она поправляется, тем меньше ее заботит, что нужно есть только правильную пищу. Она начала носить одежду разных цветов, а не только черного и хаки, и ездила в клинику на автобусе, вместо того чтобы проходить три мили пешком. Держалась она по-прежнему холодно и оставалась эмоционально отстраненной. Но удалось бы нам достичь таких результатов, если бы мы списали все на “атипичное расстройство пищевого поведения”? Ясно одно: когда мы с Кейтлин познакомились, у нее была крайне однообразная диета, оказывавшая вредное физиологическое воздействие. Одежда и поведение Кейтлин указывали на сложности со схемой тела: она

ощущала себя бесформенной, ей было неуютно в собственной коже. Теперь она лучше освоилась в теле. Что касается депрессии, у Кейтлин точно была ангедония, но дело не только в этом. Она не видела смысла в том, чтобы получать удовольствие от еды, поскольку ее конечной целью было не счастье. Ее угнетали все те ужасы, о которых она узнала, когда исследовала историю Европы военного времени, и она ощущала, что должна как-то почтить память жертв. Я начал видеть в ней не больную, страдающую расстройством пищевого поведения, а настоящего аскета, который взял на себя все грехи рода человеческого, ищет простой праведной жизни и ничего не просит взамен. И волей-неволей уважал Кейтлин за это.

Некоторые историки предполагают, что проявления *anorexia nervosa* впервые ясно описаны в средневековых житиях святых — у женщин, чье самоотречение и даже самобичевание получило название "священной анорексии"[16]. Но в самоотречении Кейтлин не было ничего показного. Это был моральный выбор, прямое следствие анализа недавней истории и современной жизни — аморального настоящего и прошлого за гранью морали.

Психиатрам следует всячески воздерживаться от морально-этических суждений, но это практически невозможно. Одна из самых осуждаемых групп на свете — те, у кого лишний вес и ожирение, хотя они быстро становятся большинством. Некоторые больные *anorexia nervosa*, если они достаточно честны, признают, что на самом деле презирают толстяков и приписывают им самые постыдные качества (они ленивы, бесхребетны, бездеятельны, жадны, и к тому же от них воняет). Это было бы достойно порицания, если бы мы не знали, что самые

тяжкие оскорбления такие больные приберегают для себя. Сейчас много критикуют модные дома за то, что у них работают модели нулевого размера, поскольку это искажает представления молодежи о том, как выглядит нормальный человек, но никто не замечает, как культура эксплуатирует тайную битву гедонизма и гомеостаза во всем, что касается еды: рекламные слоганы пищи пишутся на языке соблазна, греховности и “запретных наслаждений”[17].

Я все пытался увидеть картину в целом. Действительно ли расстройство Кейтлин — просто избранный ею образ жизни или же она отождествляет себя с женщинами — жертвами усташей? Как же история об изнасиловании? “Юридически это не было изнасилованием” — но какому именно нападению она подверглась? И не надо забывать о ее жизни в семье: она потеряла отца в критическом возрасте, горе подкосило мать, и Кейтлин, вероятно, винила себя за то, что бросила ее. Кроме того, в ее работе прослеживались постоянные темы — об институтах, которые должны быть безупречными, защищать, питать: и святая церковь, и “Красный крест” среди всех ужасов войны служили драгоценными источниками добра, как выразился бы психоаналитик — “доброй кормящей грудью” в высшем смысле этих слов, но оба института оказались страшно скомпрометированы. Нельзя ли свести это воедино?

Я каждый раз с нетерпением ждал встречи, чтобы поговорить с Кейтлин, поучиться у нее, но при этом размышлял, не пора ли нам завершать лечение. Кейтлин согласилась (сама об этом думала).

— К какому же выводу мы придем? — спросила она преподавательским тоном.

Думается, начал я, что воспитание и тяжелый жизненный опыт не позволяют ей поверить, что она достойна получать удовольствие естественными для других способами, например от еды, поскольку в ее жизни это всегда оборачивалось плохо. Я изложил свое психодинамическое толкование ее диссертации и исторических изысканий и в заключение добавил, что ей самой решать, как быть: оставаться пленницей истории или написать собственную.

После паузы она произнесла, что, пожалуй, это "интересно" и, вероятно, "в этом что-то есть". Более того, у нее появились новости для меня. Она проходила первые фазы первых "нормальных" отношений с мужчиной. Он гораздо старше, разведен... и заведует кафедрой, где она работает. Университет, наверное, не одобрит.

— Очередной пример ложки дегтя в бочке меда, как вы бы сказали. Так или иначе, спасибо за помощь.

И она распрощалась.

У меня на душе стало на удивление пусто. Конечно, никто не ждет, что интерпретация, пусть даже самая остроумная, станет откровением: "Ах да, разумеется, теперь наконец-то все прояснилось! Как же мы раньше не замечали?"

Более того, я убежден, что лучшие интерпретации вызывают лишь смятение. Задача интерпретации — не доказать, что она правильная, а позволить по-новому взглянуть на проблему, обычно как раз потому, что она *почти* правильная. Но чтобы мою интерпретацию встретили с вежливым безразличием...

Пациентке стало лучше, и прекрасно, но на самом деле я превысил полномочия. Напрасно я притворялся

психоаналитиком. Я нейропсихиатр. Ну или диетолог, если очень надо.

■ ■ ■

Где-то через год Кейтлин вдруг позвонила и спросила, нельзя ли нам увидеться. Естественно, я согласился, опасаясь худшего. Она вбежала в кабинет, растрепанная, но сияющая.

— Познакомьтесь, это мой Фрэнсис.

Фрэнсис смущенно шагнул вперед. Лысеющий, полноватый, в мятом костюме. От него так и веяло спокойствием и душевной щедростью. Он пожал мне руку:

— Много слышал о вас.

Как неловко.

— Ах да, и еще, — продолжила Кейтлин и вкатила в дверь детскую коляску. — А это Мэтью, наш малыш.

Глава 6
Silent Music

Странное это было место. Маленькая палата на полдюжины коек в отдельном коридорчике, залитая искусственным светом. На зеленых дисплеях плясали кривые, слышался мерный писк. Врачи и медсестры в накрахмаленной форме, с блокнотами в руках, тихо переговаривались и делали какие-то пометки. Мягкие игрушки, увеличенные цветные фотографии на стенах — молодые люди строят рожицы, чтобы сделать селфи, роскошные торты с двадцатью одной свечкой, прыжки на тарзанках.

Это была палата для больных в устойчивом вегетативном состоянии или с апаллическим синдромом (в бодрствующей коме). У всех было "катастрофическое поражение головного мозга" (для разнообразия перед нами медицинский термин, который описывает ситуацию честно и без всяких эвфемизмов). У молодежи к катастрофическому поражению, как правило, приводит травма — автомобильная авария, которую иногда описывают в истории болезни как "грузовик-человек" или "машина-велосипед". Случается, что это энцефалит — вирусная инфекция в мозге. У людей любых возрастов такое бывает после инсульта, из-за опухолей или если

нейрохирург перестарается. Другой распространенной причиной служит аноксия мозга (кислородное голодание) в результате остановки сердца, удушения (скажем, после попытки повеситься), утопления или тяжелого нарушения метаболизма вроде продолжительной гипогликемии (снижения уровня сахара в крови, как бывает у диабетиков, если они сильно превышают нужную дозу инсулина). А еще многие случаи редки и индивидуальны — например, некоторые наследственные болезни затрагивают фундаментальные биохимические процессы или приводят к медленной, но неуклонной дегенерации мозговых тканей.

■ ■ ■

Я консультировал лечащих врачей по поводу сорокадвухлетнего больного по имени Малик, у него была шизофрения. Недавно он то ли упал, то ли спрыгнул с четвертого этажа и получил тяжелую черепно-мозговую травму. Он медленно выходил из комы и теперь время от времени вскрикивал и дергал питательную трубку. Складывалось впечатление, что он страдает. Раньше Малик был на поддерживающей терапии, принимал антипсихотические препараты, но его лечащие врачи сомневались, стоит ли возвращаться к ним. Они задали мне вполне резонный вопрос из тех, которые часто задают нейропсихиатрам, но на которые невозможно дать надежного ответа, основанного на данных клинических испытаний. Действительно ли Малик “страдает” или просто его организм рефлекторно реагирует на инородное тело — систему жизнеобеспе-

чения? Действительно ли сейчас, когда к нему возвращается сознание, снова заявляет о себе шизофрения — или суицидальные порывы, если они у него есть? Сказать наверняка было невозможно. У двери стояла старенькая мама больного. Она перехватила мой взгляд.

—Доктор, он поправится?

Говорила она правильно, лишь с легчайшим намеком на южноазиатский акцент. Она производила впечатление женщины образованной, вежливой, но прямой. Я объяснил, что я не лечащий врач, поэтому говорить, наверное, нужно не со мной. И понял, что с ее точки зрения я увиливаю.

—Вы ведь нейропсихиатр, верно?

—Да, но…

—Вам известно, что у Малика уже много лет психиатрическое расстройство, еще с юности. Он давно на таблетках и инъекциях.

—Да, так и есть, и я считаю, что ему нужно вернуться к ним… хотя трудно сказать, помогут ли лекарства, они могут даже помешать ему прийти в себя. Понимаете, на самом деле мы не знаем, как надо лечить больных в состоянии вашего сына…

—Это я понимаю, просто хотела спросить, есть ли какая-то вероятность… наверное, вы решите, что я совсем дурочка, но есть ли вероятность, что он… ну, как бы так выразиться… теперь почувствует себя лучше? Раньше при шизофрении делали операцию, лоботомию, — может быть, он повредил себе плохие, безумные участки мозга и теперь ему станет лучше? Иногда ведь советуют просто выключить и включить компьютер. Иногда в этом все дело!

Такого я не ожидал. Отчаяние несчастной матери было до того глубоко, что она разрешила себе поверить — робко, осторожно, — будто у катастрофической травмы мозга есть и положительные стороны!

Я двинулся было к выходу, но тут меня снова остановили. На койке у двери лежала девушка лет двадцати, может быть, двадцати с небольшим, — лежала на спине, руки на одеяле, веки трепещут. На стойке висел пакет с белой жидкостью, соединенный тонкой трубкой с ее животом. Рядом, наклонившись над койкой, стоял младший врач.

— Эмма, Эмма, как вы себя чувствуете?

Никакого ответа. Веки ненадолго перестали трепетать, потом задрожали снова.

— Эмма! Вы понимаете меня?

Ничего. Тогда доктор нежно, кончиками пальцев поднял веки больной, в сущности заставив ее открыть глаза. Глаза тут же закатились, видны были только белки. Это называется "феномен Белла" — рефлекторная реакция, когда закрываешь глаза. Сейчас он показал, что больная активно сопротивляется попытке насильно открыть ей глаза и всячески показывает, что находится в сознании и все понимает, как бы это ни выглядело со стороны. Врач пожал плечами, бережно закрыл глаза Эммы и повернулся, чтобы уйти. Я поманил его к себе и прошептал:

— А с ней что случилось?

Врач только покачал головой:

— Непонятно.

Через некоторое время я позвонил лечащему врачу. Мы обсудили Малика и его лекарства, составили план. Но прежде чем положить трубку, я не удержался и спро-

сил об Эмме. Лечащий врач была реабилитолог, но не невролог и не психиатр и призналась, что симптомы Эммы ставят ее в тупик.

—Мечтаю показать ее вам или кому-нибудь из ваших коллег, — добавила она. — Но у Эммы сейчас в разгаре судебный процесс. Ее отец хочет запретить дальнейшие обследования. Он считает, что ей от них только хуже, а местные власти с ним не согласны, так что теперь решать будет судья.

■ ■ ■

Тяжелое поражение или нарушение работы мозга на грани смерти иногда приводит к коме. Кома по определению — отсутствие реакций на внешние раздражители, причем вывести больного из этого состояния невозможно. Как бы ни старались врачи, жертва комы не открывает глаза и “ничем не выказывает, что осознает себя и свое окружение”[1]. Иерархия терминов, описывающих состояния от комы до полного сознания, внушает ужас. На нижней ступени лестницы — вегетативное состояние, при котором так называемые вегетативные функции — кровообращение, дыхание, пищеварение — выполняются нормально, словно ничего не случилось. В этом состоянии пациент иногда открывает глаза, и временами кажется, будто у него налажен своего рода цикл сна и бодрствования. Тем не менее возникают сомнения, насколько он осознает происходящее. Никаких целенаправленных воспроизводимых действий он не совершает. Не реагирует на сенсорную стимуляцию — громкие звуки, вспышки света, угово-

ры, щипки и толчки (кроме рефлекторных спазмов). Нет никаких признаков, что он понимает речь и может говорить, — повторим эту леденящую душу формулировку: больной ничем не выказывает, что осознает себя и свое окружение. В Великобритании такое состояние больного считается устойчивым, если сохраняется больше месяца, и постоянным, если больше полугода (или в течение года после черепно-мозговой травмы). Если больной выходит из него — некоторым это удается, — он поднимается на следующую ступень: теперь говорят, что у него апаллический синдром (бодрствующая кома), для которого характерны некоторые целенаправленные действия, пусть даже редкие и непостоянные. Это может означать реакцию на сенсорную стимуляцию, проблески сознания или какую-то рудиментарную двустороннюю коммуникацию. Следующая ступень — более последовательная, но все же очень ограниченная деятельность: больной может взять предмет, который ему дают, выполнить простую команду, проявляет признаки узнавания, удовольствия или огорчения, когда видит знакомое лицо или слышит знакомый звук, и даже способен выговорить несколько слов или фраз. Это область тяжелой инвалидности. Такие диагнозы можно ставить лишь по результатам всесторонних неоднократных обследований на протяжении нескольких дней или недель, а главное — на основании представлений о том, что именно привело больного в такое состояние.

Простых анализов или исследований, которые однозначно позволили бы диагностировать устойчивое вегетативное состояние или апаллический синдром, не существует, поскольку нужно охватить все сенсорные модальности и несколько раз повторить исследование,

однако таких больных всячески обследуют, сканируют, делают рентгеновские снимки — и все это параллельно с героическими попытками вернуть их в сознание[2].

Сканирование и другие исследования показывают глубокое поражение мозга. Особенно наглядно это видно при последнем осмотре — при вскрытии, зачастую через долгие годы после роковой катастрофы. Помимо всего, что сделали с мозгом ушибы, кровоизлияния и закупорки сосудов, после травмы нередко наблюдается еще и "диффузное аксональное повреждение" — повсеместные разрывы нервных волокон белого вещества. Почти всегда поврежден и таламус — важнейший ретранслятор нервных сигналов в глубине мозга. Этим объясняется отсутствие сознания (или мнимое его отсутствие). А если спуститься по стволу мозга, который отвечает за базовые "механические" вегетативные функции, здесь признаков поражения меньше (иначе больной не выжил бы)[3].

Жестокий подражатель устойчивого вегетативного состояния и апаллического синдрома — "синдром запертого человека". При нем человек не в состоянии ни говорить, ни двигаться, может только моргать, открывать глаза и в классическом случае произвольно двигать ими вверх и вниз. Внутри он в полном сознании и пытается общаться с внешним миром при помощи движений глаз, что невероятно трудно и долго. Такая коммуникация позволила создать целый ряд потрясающих автобиографий, из которых самая известная, пожалуй, — "Скафандр и бабочка" француза Жана-Доминика Боби[4], бывшего журналиста. Этот синдром вызывается повреждением варолиева моста — передней стороны верхней части мозгового ствола, где проходит толстый пучок нервных волокон (тракт),

по которым верхние отделы мозга передают сигналы вниз, — как правило, в результате очень точно локализованного тромбоза или кровоизлияния. Волокна, ведущие к мышцам, которые двигают глаза вверх и вниз, отходят от основного тракта чуть выше этой точки и потому сохраняются, однако все, что ниже, отключается. Информация, поступающая в мозг от остального тела и от органов чувств (зрительная, слуховая, обонятельная и вкусовая), передается другими путями и поэтому не затрагивается.

Сама мысль, что можно принять синдром запертого человека за устойчивое вегетативное состояние, приводит в ужас, да и мысль, что можно перепутать с устойчивым вегетативным состоянием апаллический синдром, немногим лучше. И тем не менее, по оценкам, ошибочные диагнозы составляют целых 40%[5]. Зачастую это связано с тяжелой сенсорной недостаточностью, например слепотой, которая осложняет оценку, поскольку признаки сознания мимолетны и практически неразличимы. Увы, верно и обратное, когда случайным стонам и гримасам приписывают глубокий смысл. Кто станет винить родных и близких, а иногда и высококвалифицированных врачей и медсестер, если они видят осознанность в чем угодно, даже в сущих мелочах? Нейрофизиолог из Канады Эдриен Оуэн и его коллеги провели поразительные исследования с помощью функциональной МРТ, которая позволяет увидеть мозговую активность, поскольку регистрирует крошечные колебания притока крови к участкам мозга, вовлеченным в решение той или иной задачи. Они изучали двадцатитрехлетнюю девушку, которая, как считалось, впала в вегетативное состояние после автомобильной аварии.

Через пять месяцев после катастрофы исследователи сумели зарегистрировать мозговую активность в дополнительной моторной области (участке передней части мозга, где формируются двигательные планы) каждый раз, когда просили испытуемую представить себе, как она играет в теннис, а также активность в совсем другой области — извилине гиппокампа (где, как считают, создаются и хранятся карты знакомой обстановки), — когда девушка представляла себе, как ходит по своему дому[6]. Так ученые придумали хитроумный способ получать ответы "да" или "нет" на целый ряд вопросов и в итоге доказали, что сознание у больной сохранилось в достаточной степени, чтобы осмысленно общаться. Чтобы сделать выводы о том, что человек думает и во что верит, мы инстинктивно прибегаем к диалогу, к обмену вопросами и ответами. А что для этого требуется сознание, для нас аксиома — между тем для философов и специалистов по искусственному интеллекту это предмет жарких споров, вспомним хотя бы знаменитый тест Тьюринга[7]. Применять магнитный томограф для получения картины работающего мозга очень трудоемко, для этого требуется сложное оборудование и программное обеспечение. Ведется работа над созданием простого клинического теста на основании всех этих открытий.

■ ■ ■

В такое состояние Эмма, разумеется, впала не внезапно. Ее здоровье ухудшалось долго и постепенно. Она была единственным ребенком, ее мать Миранда родила ее по-

сле нескольких выкидышей, и Эммой особенно дорожили. Родилась она до срока, была слабенькой, поэтому первые несколько недель провела в отделении реанимации новорожденных, в кювезе, что опять же не могло не сказаться на отношении родителей к дочери и убедило их, что Эмма беззащитна и нуждается в дополнительной опеке. Тем не менее она развивалась нормально и ходила в обычную школу. Училась она чуть лучше среднего, общалась с тесным кружком подруг, но отличалась неуклюжестью и совсем не умела играть в подвижные игры. К старшим классам родителям то и дело приходилось вступать в борьбу с администрацией. Первым делом они обследовали дочь на “апраксию”, чтобы вместо ярлыка “неуклюжая” появился четкий диагноз, и это дало Эмме возможность получать коррекционную помощь и дополнительное время на экзаменах, поскольку ей было трудно писать от руки.

Особенно тяжело дался Эмме переход из средней школы в старшую. “Школа для больших” пугала ее, и Эмма постоянно оказывалась в медкабинете с жалобами на головную боль, тошноту, а впоследствии еще и слабость. Дома тоже все было нехорошо. Мама Эммы, художница, решила уйти в ашрам. Родители пришли к убеждению, что не в состоянии жить вместе. Чарльз, папа Эммы, был правительственным чиновником на руководящем посту и хотел, чтобы его жена играла более традиционную роль хранительницы домашнего очага, а в результате был вынужден сам водить Эмму в школу и обратно, ходить на родительские собрания и помогать дочери с уроками. Миранда считала, что с годами он стал слишком жестким, а в школе на детей слишком давят, душат в них творче-

ское начало. Вдобавок Чарльз тяжело заболел — у него диагностировали агрессивную форму лимфомы. Ему сделали операцию, он прошел химиотерапию, но врачи все равно сообщили ему, что прогноз неутешителен, поскольку рак уже затронул костный мозг, а возможно, и легкие. Чарльз рассмотрел все варианты и выяснил, что дальнейшая химиотерапия на этой стадии едва ли приведет к успеху, поэтому отказался от лечения, чем совершенно огорошил своего онколога. Однако прошло почти десять лет, а Чарльз был жив и неплохо себя чувствовал. Он изменил рацион и вопреки своему обычному гипертрофированному рационализму заинтересовался траволечением. Чарльз вовсе не утверждал, что это принесло ему чудесное исцеление, однако вся история с лимфомой, безусловно, подорвала его веру в официальную медицину и конвенциональные методы лечения. Видимо, врачи все же не всеведущи.

Состояние Эммы тем временем ухудшалось. Иногда она наотрез отказывалась идти в школу, утверждала, что у нее нет сил и она сейчас упадет в обморок. Ей уже дали освобождение от физкультуры, и Чарльз подозревал, что в школе что-то неладно — может быть, Эмму травят, — однако не нашел никаких доказательств. Девочке становилось все хуже. Отец много раз водил ее к давней знакомой семьи, врачу общей практики, но та не нашла никаких отклонений. Она знала эту семью с самого рождения Эммы, была очень предана отцу и дочери, и они ей доверяли. Чтобы убедиться, что дело не в каких-то семейных проблемах, врач даже провела несколько бесед с Эммой наедине. По ее мнению, Эмма росла и развивалась нормально. Врач назначила несколько анализов крови, в том

числе на инфекционный мононуклеоз. Этот анализ оказался положительным, но это всего лишь означало, что Эмма когда-то имела контакт с вирусом (как и 90% детей ее возраста). Врач считала, что рано или поздно Эмма повзрослеет и все пройдет, но сочувствовала ее положению. Не так-то просто девочке в переходном возрасте жить без мамы и при этом еще бояться, что дни отца сочтены.

Чарльза подобные объяснения не удовлетворили, ведь проблема Эммы была явно чисто физическая, к тому же он сильно подозревал, что его считают виноватым в болезни дочери. Со школьной медсестрой он беседовал не реже, чем с учителями Эммы. Медсестра подметила закономерность: если удается отправить Эмму в школу, она прекрасно себя чувствует примерно до часа-двух, после чего на глазах слабеет, и ее приходится отправлять домой. Она задавалась вопросом, нет ли у Эммы синдрома хронической усталости, он же миалгический энцефаломиелит. Чарльз посмотрел в интернете. И был потрясен и даже обескуражен количеством информации. Отчасти там была полная чушь — модные диеты, аллергии, какие-то американские "эксперты", предлагавшие радикальные меры, — но многое оказалось очень правдоподобным. Советы страдальцев из групп взаимной поддержки были просты и очевидны: не пытайтесь себя заставлять, будет только хуже. Нужно жить в своем темпе. Если речь о ребенке и можно организовать домашнее обучение — организуйте. Не надо думать, будто "доктор лучше знает": большинство врачей либо невежды, либо убеждены, будто "все дело в голове" и это не настоящая болезнь, а что-то "психиатрическое". Вместе с тем в сети нашлось много блогов

людей, ставших глубокими инвалидами, прикованных к постели, питающихся через зонд.

Чарльз решил заняться вопросом вплотную. У него были отличные связи, он знал нескольких членов парламента, понимал, как устроена бюрократическая машина. Для начала он развернул кампании за гибкий подход и поддержку в школах, за холистические методы в официальном здравоохранении, за человечную систему льгот. Он видел, что Эмме хуже, и, похоже, в интернете не врали: чем больше школа настаивала, чтобы Эмма участвовала в учебном процессе наравне со здоровыми детьми, тем хуже ей становилось. Она стала замыкаться в себе, проводила все больше времени у себя в спальне, зачастую занавесив окна и надев наушники, чтобы отгородиться от шума, и вставала только в туалет. Любые другие усилия вызывали у нее головокружение и упадок сил. Чарльз пытался с ней разговаривать. Непохоже, чтобы у нее была депрессия: Эмма хотела быть “нормальной”, просто страдала синдромом хронической усталости. Врач, та самая давняя знакомая, предложила показать Эмму психиатру, но та отказалась; тогда Чарльз положил ее в частную больницу, где специализировались по синдрому хронической усталости. На это пришлось потратить все семейные сбережения, но Чарльз был уверен, что дело того стоит. Там к Эмме отнеслись со всей серьезностью, сделали еще анализы крови, нашли расстройство иммунной системы, но результаты были неоднозначными и не указывали на конкретную терапию. Врачи решили, что Эмма должна сама ставить себе цели. Ей дали инвалидное кресло, чтобы она могла посещать терапевтические сессии, и не заставляли ее участвовать, если она была не в настроении.

Прошел год. Эмме пришлось пропустить выпускные экзамены. Она почти не вставала с постели, ей удавалось выговорить всего несколько слов, после чего она так уставала, что засыпала. Деньги у Чарльза кончились. В больнице не могли сказать ничего определенного. То ли Эмма попала в число тех 25%, кому не стало лучше, то ли она просто *не хочет,* чтобы ей стало лучше. Может быть, это все-таки что-то "психиатрическое"? Чарльз был в ярости, но сдерживался. Решил забрать ее домой. Он будет бороться и получит всю необходимую помощь: постоянных сиделок, патронажных медсестер, специальную кровать и подъемники. Если понадобится, он перейдет на полставки и станет сам ухаживать за Эммой. Линии фронта уже были размечены. Та самая давняя знакомая не согласилась с мнением врачей из больницы и предположила, что головокружение — это следствие, а не причина: Эмма слишком много времени проводит в постели. Она отметила, что у Эммы недостает мышечной массы — неудивительно, что она такая слабенькая. Эмме надо постепенно восстанавливаться, твердо зная, что в конце концов она поправится, хотя сейчас кажется, будто от этого она лишь сильнее устает. Врач отказалась организовывать для Эммы медицинский уход на дому и настаивала на антидепрессантах. В школе тревожились, что Эмма не получает образования. Были задействованы местные власти. Начались разговоры о "защите прав детей". Слишком уж близкие отношения у отца с дочерью — это подозрительно!

Чарльз переоборудовал гостиную на первом этаже в комнату Эммы со всем необходимым оборудованием для инвалида. Оплатил частных сиделок. Иногда к Эмме

приходили подружки, но им было неловко рассказывать ей о веселых вечеринках, бойфрендах и планах поступать в университет — и вскоре они перестали ее навещать. Эмма вечерами напролет тихо плакала в подушку. Единственными, на чью помощь Чарльз мог рассчитывать, были такие же больные из местной группы взаимной поддержки. Они всегда были рядом.

Шли недели — и вот однажды среди ночи Чарльз проснулся и обнаружил, что Эмма упала с кровати и лежит на полу. У нее случился какой-то припадок. Чарльз вызвал скорую, и Эмму отвезли в больницу.

После тревожной ночи в приемном покое Эмме поставили диагноз “неэпилептические приступы”. Ее госпитализировали, провели полный медицинский осмотр: пульс, артериальное давление, грудная клетка, сердце, брюшная полость — все в норме. Никаких отклонений не выявил и осмотр невролога — с оговоркой, что больная была неконтактной. Нормальными оказались и рефлексы.

Назавтра сделали плановую энцефалографию и МРТ — тоже норма. Как и электрокардиограмма. Повторили анализы крови — снова нормальные, кроме признаков обезвоживания. Однако выглядела Эмма отнюдь не нормально. Она ни на что не реагировала, не контролировала кишечник и мочевой пузырь. Лежала навзничь на койке, вялая, как тряпичная кукла. Глаза у нее были закрыты, веки иногда подрагивали, и она молчала — не говорила даже с отцом. Воду и питание она получала по трубке, которую вставили в желудок через нос. Медсестры шли на все, лишь бы уговорить ее сесть и пообщаться, но ничего не добились.

Прошло две недели. Пригласили психиатров. Учитывая историю болезни и плохую динамику, они порекомендовали поместить Эмму в психиатрическую клинику для подростков. Такой ход событий Чарльзу не понравился. Лучше бы медики признали, что у Эммы синдром хронической усталости и ей нужно время на выздоровление.

Тем не менее через несколько дней Эмму освидетельствовал детский и подростковый психолог. Он провел некоторое время с Чарльзом и Эммой без посторонних и поговорил с ее лечащим врачом и медсестрами. Предложил сделать еще несколько специфических исследований на редкие метаболические аномалии и токсины (потом оказалось, что там тоже все чисто). Он записал в заключении, что впервые видит такой случай, но он напоминает ему синдром тотального отказа[8].

Этот синдром описан совсем недавно, в 1991 году, британским детским психологом Брайаном Ласком[9]. Все начинается примерно так же, как у Эммы, но доходит до того, что ребенок открыто отказывается двигаться и говорить (хотя иногда решает с кем-то пообщаться, как правило, когда его не видят родные или те, кто за ним ухаживает), регулярно есть, а иногда — пользоваться туалетом. В отличие от случая Эммы, отказ выражается активно, а иногда даже гневно и агрессивно. Если к ребенку подойти, он прячет лицо, переворачивается на другой бок или сжимается в комочек. Если попытаться поднять его или повернуть в какую-то сторону, он рвется в противоположную и может закричать или заскулить. Синдром чаще поражает девочек, чем мальчиков. Такие дети, как пишут ученые, происходят из семей среднего класса, очень ответственны, даже склонны к перфекционизму

и эмоционально “прикованы” к кому-то из родителей или к обоим. Триггером для синдрома тотального отказа может стать стресс или физическая болезнь. Для лечения зачастую приходится прибегнуть к госпитализации, особенно если больной теряет вес, однако отчасти это делается для создания какой-то дистанции между родителями и ребенком. По всей видимости, если постепенно и мягко побуждать ребенка к действию и изучать его страхи и опасения, этот процесс в сочетании с физической реабилитацией приводит к излечению, однако тянется месяцами. Пока что синдром тотального отказа вызывает споры — неясно, самостоятельный это синдром или манифестация, скажем, тяжелой депрессии, социальной тревоги, нервной анорексии или психоза либо понятная реакция на социальные обстоятельства вроде физического или сексуального насилия.

К несчастью для Эммы, ей уже было почти восемнадцать, и подростковая больница не хотела принимать такую взрослую пациентку, которая уже не ходила в школу. Ее посоветовали направить на лечение во взрослую психиатрическую больницу. Чарльз и слышать об этом не желал. Детский психиатр был вынужден признать, что общая психиатрическая больница, где лечат острых пациентов, — неподходящее место для человека в состоянии Эммы. При этом администрация больницы начала говорить, что Эмма “занимает койку”. Чарльз решил настоять на своем. Пережитый стресс и отсутствие стоящего лечения стали для Эммы тяжелым потрясением и усугубили ее состояние. Больше никаких анализов и исследований. Эмма не будет тратить время на очередных психиатров. Отец забирает ее домой.

Тут за дело взялись все: сотрудники больницы, психиатры, юристы, юрисконсульты, социальные работники. Эмма не может ехать домой в таком состоянии — с желудочным зондом, совершенно беспомощная, без всякого плана лечения. Это был тупик. Адвокаты, получившие соответствующие указания, настаивали на соблюдении прав ребенка, решали, дееспособна ли Эмма, спорили о ее интересах, правах отца, тонкостях закона об охране психического здоровья и закона о дееспособности, праве Эммы отказаться от лечения, праве Эммы получать лечение. Препирательства длились уже месяца два, когда было постановлено, что койка в палате для больных, "нуждающихся в особом уходе после черепно-мозговой травмы", может послужить промежуточным решением, пока не будет найдено долгосрочное. Тогда-то и появился я.

■ ■ ■

Прошло несколько месяцев, прежде чем Верховный суд постановил, что Эмму следует временно поместить в неврологическую больницу для обследования, которое определит природу ее состояния и позволит назначить лечение. Обследование заняло три недели. У Эммы взяли все мыслимые телесные жидкости — в том числе кровь, мочу и спинномозговую жидкость, — чтобы исключить метаболические нарушения, инфекции или иммунные расстройства. Биопсия мышечной ткани оказалась нормальной. На МРТ и головной, и спинной мозг тоже выглядели нормально.

Провели электроэнцефалографию. Этот метод измеряет слабую электрическую активность мозга. К коже

головы подсоединяют десятки крошечных проводков, которые регистрируют электрическое напряжение, и их данные в сочетании позволяют составить карту мозговой активности — своего рода “монтаж”. ЭЭГ позволяет точно диагностировать эпилептический припадок, для которого характерен всплеск асинхронных пиков на энцефалограмме. Кроме того, существуют характерные рисунки на энцефалограмме, по которым можно определить, в сознании человек или нет. ЭЭГ в покое, на взгляд непосвященного — сплошные непонятные каракули, при помощи компьютера разбивается на узнаваемые диапазоны волн с характерными частотами. Альфа-диапазон обладает частотой 8–13 Гц, и это ритм сознания. Лучше всего его альфа-волны регистрируются датчиками, подсоединенными к затылочной части головы, и особенно хорошо они заметны, когда больной закрывает глаза и расслабляется. Тета-волны имеют частоту от 4 до 8 Гц, а дельта-волны — до 4 Гц. Эти волны, более медленные, колеблются на заднем плане, но выходят на передний в случаях, когда сознание нарушено. ЭЭГ во сне обладает своим набором диапазонов частот, однако глубокий сон отражается в волнах меньшей частоты, без альфа-полосы, однозначно свидетельствующей, что человек в сознании. Частоты выше альфа-диапазона, как правило, патологичны и обычно вызываются воздействием химических веществ, в том числе интоксикацией. Устойчивому вегетативному состоянию и апаллическому синдрому не соответствует никаких характерных особенностей ЭЭГ, поскольку при них картина обычно сугубо индивидуальна и зависит от того, какие участки мозга поражены и в какой степени, однако почти всегда чрезвычайно хао-

тична. Точно нам известно одно: при коме или устойчивом вегетативном состоянии нормальных альфа-ритмов быть не может[10]. В больнице ЭЭГ у Эммы отслеживали несколько дней, а параллельно ловили мгновения, когда она приоткрывает глаза и совершает другие движения (поскольку это вполне могли оказаться эпилептические судороги), а также регистрировали, когда она спит. На ЭЭГ был виден хороший альфа-ритм — и вообще энцефалограмма, как и все остальные исследования в случае Эммы, не показала никаких отклонений от нормы. Судя по этим результатам, мозг Эммы был совершенно здоров, и она находилась в сознании.

У нас остался еще один козырь. Принципы ЭЭГ позволяют измерять и так называемые вызванные потенциалы, или потенциалы, связанные с событиями. Это колебания, наблюдаемые в течение десятков миллисекунд после стимула. Стимулом может быть вспышка света, звуковой сигнал и любое другое событие, вызывающее сенсорные ощущения; возможны и сложные последовательности стимулов, например последовательность звуков одинаковой высоты, в которую иногда вклиниваются другие ноты, и так далее вплоть до фотографий людей и мест, знакомых и незнакомых, и записанных или произнесенных слов и фраз. Стимулы повторяют несколько раз, чтобы усреднить вызванные ими колебания относительно фоновой активности. Постоянные колебания, или потенциалы, длящиеся до 150 миллисекунд (мс) после стимула, указывают на раннее сенсорное восприятие и не предполагают осознанности, в то время как потенциалы, сохраняющиеся дольше 250 мс (то есть четверти секунды) предполагают определенную степень сложной

обработки. Поэтому, если мы играем последовательность одинаковых нот, а затем одну другую ноту, мы рассчитываем увидеть характерный положительный всплеск примерно через 300 миллисекунд после неожиданной ноты[11], что указывало бы на то, что мы обманули ожидания испытуемого; либо, если мы читаем испытуемому осмысленную фразу, которая заканчивается неподходящим словом, мы рассчитываем увидеть отрицательное электрическое отклонение примерно через 400 мс или больше с момента начала слова, что опять же говорило бы о более глубокой обработке информации — пожалуй, о ее "обдумывании". Невозможно выделить конкретную точку, где на фоне работы поразительного нейронного процессора, вовсю трудящегося вне всякого сознания, проявляется сознание и мышление, однако такие отложенные реакции все же принято считать признаком осознанного мышления[12].

Эмме показали последовательность ярких вспышек света, которые вызывают реакцию, даже когда у человека закрыты глаза. Ее реакция подтвердила, что мозг как минимум регистрирует визуальные стимулы, и то же самое мы обнаружили, когда провели аналогичный тест со звуковыми сигналами. Последовательность произнесенных английских слов вызвала совсем иную реакцию, чем акустически эквивалентные не-слова. Осмотреть Эмму приходили самые разные специалисты — точь-в-точь волхвы, — и каждый выносил свое суждение. Ни одно исследование, ни один специалист не выявили признаков поражения мозга. У Эммы не было никакой травмы или болезни неведомой природы и причины; напротив, все указывало, что у нее здоровый организм и здоровая

нервная система. Так что это, безусловно, было психиатрическое расстройство. Противопоставление "настоящих" физических болезней и "ненастоящих" психиатрических ошибочно, однако на его основе часто делают выводы. Пригласили психиатра, который сотрудничал с неврологическим отделением. Врачи вместе разобрали тома накопившихся результатов и заключений и подтвердили, что у Эммы не какой-то недиагностированный физический недуг, а психиатрическое расстройство. Возможно, синдром тотального отказа (со всеми оговорками), возможно, необычная форма депрессии, так называемый депрессивный ступор, возможно, кататония[13]. Поскольку всесторонний сестринский уход в последние три месяца не дал никаких результатов, оставался единственный метод лечения, показанный и при депрессивном ступоре, и при кататонии: Эмме, вероятно, поможет электрошоковая терапия.

■ ■ ■

Большинство из нас представляют себе, что такое электрошоковая терапия, по фильмам вроде "Полета над гнездом кукушки" с Джеком Николсоном (1975) и "Подмены" (2008) с Анджелиной Джоли. В первом фильме электрошоковую терапию проводили в "немодифицированном" виде, то есть без общего наркоза — от этой практики отказались еще в начале пятидесятых, и наблюдать подобное, конечно, очень страшно. Фильм "Подмена" основан на подлинных событиях, произошедших в 1928 году и тщательно воссозданных режиссером Клинтом Иствудом.

Немодифицированной электрошоковой терапии подвергают мать (ее играет Джоли), у которой похитили ребенка, а государство покрыло это преступление. Однако электрошоковую терапию изобрели только в 1938 году. Доктор Шэрон Пакер в своей книге "Злодеи-психиатры в кино: от Калигари до Ганнибала" (Sharon Packer, *Cinema's Sinister Psychiatrists: From Caligari to Hannibal*)[14] приводит возможное объяснение, почему кинематографистов так интересует электрошоковая терапия, — пожалуй, исчерпывающее: "Жертва бешено бьется… кругом сложные механические аппараты, вспышки света, загадочные переключатели… Сцены электрошоковой терапии говорят зрителям, что на экране происходит нечто таинственное". Сравните это со сценой, где медсестра подносит протагонисту две таблетки и стаканчик воды. Есть разница.

В 1980 году в журнале *British Journal of Psychiatry* была опубликована статья, согласно которой 82% из 166 пациентов, прошедших электрошоковую терапию, заявили, что это не страшнее, чем визит к зубному[15]. Однако в 2003 году Дайана Роуз, исследовательница рынка услуг, опубликовала в *British Medical Journal* метаанализ[16], где провела различие между данными опросов, которые отчасти инициировали и планировали сами потребители (пациенты), и данными опросов по инициативе врачей. Роуз с коллегами обнаружили, что у первых уровень удовлетворенности составляет меньше 50%. Либо за прошедшие десятилетия изменилось общее отношение к процедуре, либо и в самом деле важно, кто задает вопросы (а возможно, играет роль и то и другое).

Электрошоковая терапия, пожалуй, самая спорная и едва ли не самая экзотическая из всех сомнительных ле-

чебных процедур в психиатрии[17]. Как уже упоминалось, ее проводят под общим наркозом с применением мышечных релаксантов, обычно в особом кабинете в психиатрической больнице, отведенном для этой цели. Пациенту дают наркоз, а затем психиатр подсоединяет две пластины либо к вискам пациента, либо к одной стороне его головы. На несколько секунд включают ток, что вызывает эпилептическую судорогу. Мышечные спазмы сводятся к минимуму, но все же наличествуют, поэтому заметны физические проявления судороги: больной зажмуривается, напрягает челюсть, руки и ноги у него дрожат — заметно, но отнюдь не "бешено". Это длится от десяти до сорока секунд, а затем проходит. Минуты через две пациент отходит от наркоза и иногда чувствует себя несколько оглушенным, однако, немного отдохнув и выпив чашку чаю, готов вернуться в палату и даже ехать домой, если процедура проводится амбулаторно. По принятому протоколу назначают курс из шести процедур, которые проводят, как правило, два-три раза в неделю в течение двух-четырех недель.

Поскольку у электрошоковой терапии такая спорная репутация и к тому же при ней требуется общий наркоз, а это считается вредным для здоровья, и поскольку вокруг этой процедуры вообще столько разговоров, ее обычно рассматривают как последнее средство, если не помогают ни психологические методы, ни лекарства. Еще ее назначают, когда состояние больного опасно для жизни, скажем, при тяжелом обезвоживании или постоянных попытках суицида. Также к электрошоковой терапии прибегают при диагнозах, предполагавшихся в случае Эммы, а иногда, с осторожностью, при шизофрении

(если наличествует серьезный компонент сниженного настроения, а лекарства не помогают) и крайне редко — даже исключительно редко — при мании.

Но помогает ли она? Попытки свести воедино все результаты старых контролируемых клинических испытаний обычно дают осторожное “да”, которого достаточно, чтобы британский Национальный институт передового опыта в области здравоохранения с его неизменной осмотрительностью все же рекомендовал электрошоковую терапию в своих руководствах — правда, лишь для считанных, тщательно отобранных состояний[18]. Однако качественных исследований на больших выборках и с долгосрочным отслеживанием (чтобы понять, на какое время сохраняется положительный эффект) крайне мало. На то есть несколько причин, не в последнюю очередь — непреодолимые логистические трудности в организации рандомизированного контролируемого исследования, где все испытуемые находятся в тяжелом, а иногда и опасном для жизни состоянии[19].

У электрошоковой терапии есть и другой крупный недостаток: для ее применения отсутствует четкое обоснование. Первоначально считалось, что эпилептические припадки и психоз взаимно исключают друг друга, но впоследствии от этой теории отказались. Когда ученые попытались выяснить, какой биологический механизм стоит за лечебным действием процедуры, оказалось, беда не в том, что электрошоковая терапия не оказывает измеримого воздействия на уровне нейромедиаторов, гормонов мозга, факторов роста нейронов, генов, регулирующих обмен веществ в мозге, и так далее, — беда в том, что она влияет на все это без разбора. Какой бы ни была

актуальная нейробиологическая теория, скажем, воздействия антидепрессантов, можно ручаться, что и электрошоковая терапия, если поискать, действует так же.

Наконец, для электрошоковой терапии, как и для любого действенного метода лечения, нужно найти равновесие между пользой и вредом. Ясно, что это инвазивная процедура, а провоцировать у человека припадок, даже под строжайшим врачебным контролем, в нормальных обстоятельствах не то чтобы желательно. Главный побочный эффект — потеря памяти. Первые исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев это временно и проходит бесследно, однако работа Дайаны Роуз и ее коллег наталкивает на мысль, что амнезия после электрошоковой терапии бывает значительно чаще и иногда оказывается устойчивой. Это противоречие можно объяснить тем, что, если спросить самих больных, они часто отмечают, что у них возникли проблемы с памятью, однако не в состоянии (и не должны) определить, с чем это связано — с нарушениями памяти, которые, как известно, сплошь и рядом сопровождают тяжелую депрессию, или с электрошоковой терапией. Так что единственное, что можно сказать с уверенностью, — электрошоковая терапия еще сильнее истощает систему памяти, которая и без того страдает при депрессии, однако это, вероятно, со временем проходит.

Результаты всех обследований Эммы и заключения неврологов и других специалистов были представлены суду. По должном размышлении судья вынес вердикт: лечить Эмму следует по плану, составленному психиатром, в том числе провести курс процедур электрошоковой терапии, для чего необходимо найти хорошую

психиатрическую больницу, где согласятся принять больную в состоянии Эммы, за которой нужен всесторонний уход.

■ ■ ■

Достопримечательностью нашего отделения была младшая медсестра Кристиана родом из Ганы, отличавшаяся искрометным чувством юмора. Полная, высокая, она плыла по больничному коридору из палаты в палату, словно корабль под всеми парусами, и катила перед собой шаткую тележку с кувшинами воды, полотенцами, тряпками, моющими средствами. Голову она повязывала ярким желто-оранжевым платком в цветочек, и он никак не сочетался с сине-фиолетовыми одноразовыми перчатками, которые она надевала, когда занималась "личной гигиеной" Эммы: в программу входило влажное обтирание, "гигиена полости рта" и смена мочеприемника. Затем Кристиана вместе с дежурной медсестрой проделывали обычные измерения — температура, пульс, давление. Как-то раз утром я зашел осмотреть Эмму и застал сестер за работой. Они двигались в ритме песенок, гремевших из радиоприемника на подоконнике, и работа превращалась в задорный танец. Эмма пассивно лежала на койке, открытые глаза смотрели в потолок. Когда медсестры мыли и вытирали ее, я заметил, что она, похоже, помогает им: еле заметно перекатывается на бок и обратно, когда они подсовывают под нее одноразовую простыню, едва ощутимо приподнимает руки, когда ждет, чтобы ей вытерли подмышки.

— Потерпи, спящая красавица, сейчас сделаем из тебя царицу бала, — шутили медсестры, расчесывая ей волосы.

Кристиана прибавила звук, заслышав вступление к знакомому хиту, и запела: “Предо мной явилась ты, вся натерта вазелином, королева красоты!”

Я был готов поклясться, что Эмма улыбнулась — да, она расплылась в улыбке!

— Открой пошире, леди Гага, — велела Кристиана.

Губы Эммы приоткрылись — чуть-чуть, но Кристиане стало явно удобнее чистить ей зубы. Как все это отличалось от холодного медицинского осмотра, который мы произвели, когда Эмма только поступила в больницу! Когда мы просили ее, она ни за что не открывала и не закрывала рот и глаза, не сжимала кулаки. Иногда у нее отвисала челюсть. Если ей на язык капали водой, капли задерживались на нем несколько секунд, а потом вода вытекала из уголка рта. Однако слюну Эмма сглатывала (слюна вырабатывается у человека постоянно). Это совсем не похоже на больных с катастрофическим поражением мозга, которые могут подавиться, поскольку утратили защитный глотательный и кашлевой рефлекс, и им нужно все время вытирать подбородки.

■ ■ ■

Чарльз регулярно навещал дочь. Отношения с врачами и медсестрами у него были натянутые. Он сомневался во всем, что они делают, а у них складывалось впечатление, будто они под постоянным надзором. Чарльз был убе-

жден, что все старания лечащих врачей — эрготерапевта, физиотерапевта, штатного психолога — направлены не в ту сторону. Они делали все, что положено, когда имеешь дело с синдромом тотального отказа у детей, то есть придерживались взвешенного подхода — мягко поощряли и хвалили Эмму, не предъявляя никаких требований, поскольку считается, что это может спровоцировать сопротивление. А Чарльз ориентировался на собственные источники и полагал, что даже это “перегружает” организм Эммы и продлевает ее болезнь, которой следует позволить хронически течь столько, сколько нужно, положившись на волю рока. Во время вечерних визитов он сидел у постели дочери и гладил ее по руке. При этом он гасил свет и выключал телевизор. Говорить с Эммой он не пытался, более того, уговаривал и ее не пытаться ничего говорить.

Первая встреча с ним, на которой мы должны были обсудить план лечения, прошла не слишком гладко.

—Спасибо, что уделили мне время. — Чарльз был сама формальная вежливость.

Он пришел прямо с работы, на нем был серый костюм в тонкую полоску, белая рубашка и галстук. Я кратко описал нынешнее положение вещей. Судья убедил Чарльза ради Эммы вверить ее судьбу нам. Я объяснил, что Эмма явно не в состоянии сама принимать решения относительно лечения — просто потому, что на данный момент неспособна общаться. По моему мнению, в интересах Эммы было бы проводить лечение не с ее согласия, как следовало по закону о дееспособности, а по закону о психическом здоровье. Дело в том, объяснил я Чарльзу, что по закону о психическом здоровье про-

цедура электрошоковой терапии обладает особым статусом: чтобы ее назначить, следует дополнительно обратиться за независимым мнением, это поможет соблюсти интересы Эммы.

— Как она вам сегодня? — нейтральным тоном спросил я.

— Насколько можно ожидать при таких обстоятельствах.

Чарльз спросил, каков наш рабочий диагноз. Я прошелся по всему списку — тому самому, на основании которого предыдущий психиатр порекомендовал электрошоковую терапию, — и пояснил, что мы уже все перепробовали, в том числе внутримышечные инъекции бензодиазепина (метод лечения, показанный при кататонии), антидепрессанты, самую разную физиотерапию, всячески пытались заручиться доверием Эммы — но все напрасно.

Я сказал, что рад, что мы не упустили какого-то неврологического расстройства, которое могло за этим стоять. Эмма осознает, что происходит вокруг, и способна совершать произвольные действия, однако изо всех сил пытается это скрыть. Зачем? Это знает только она.

— Так вы считаете, она притворяется?!

— Нет, этого я не говорил. Я думаю, она страдает тяжелым психическим расстройством и поэтому оказалась в таком состоянии, но не считаю, что она физически неспособна разговаривать. Кстати, не стоит рассматривать все так дуалистично, это нецелесообразно. Тело и разум, несомненно, едины и неразделимы.

— Значит, вы предлагаете вывести ее из этого состояния электрошоком.

Я не стал придираться к словам.

— При всем вашем опыте и философских познаниях, — продолжил Чарльз, — приходилось ли вам иметь дело с больными в таком состоянии, как Эмма?

— *В точно таком же* — нет, но…

— Просто удивительно, с какой легкостью вы готовы превратить ее в подопытного кролика! — Чарльз побагровел. — Откуда вы знаете, что ей не станет хуже?

— Хуже?! Куда уж хуже! Она лежит в одной палате с больными в устойчивом вегетативном состоянии, с людьми, у которых необратимо поражен мозг, и очень похожа на них. И да, я видел больных в депрессивном ступоре и кататонии, которые после электрошоковой терапии “просыпались” и полностью выздоравливали. Разве мы не должны дать Эмме такую возможность?

— Думаете, я не желаю дочери самого хорошего, после всего, что мы пережили? Да как вы смеете!

Он ослабил воротничок. Я увидел шрам на шее — там, где удалили лимфоузел, когда у Чарльза была лимфома. Мне стало совестно.

Чарльз овладел собой.

— Кому, как не вам, следует понимать, что стресс очень вреден и способен оказывать на организм физическое воздействие.

Я кивнул: хорошо, что мы хоть в чем-то согласны.

— Несомненно, вы знаете, что вирусы могут затаиться в нервной системе и пробудиться при стрессе — как *herpes simplex*, который вызывает лихорадку на губах, и вирус ветрянки у детей, который при ослаблении иммунной системы возвращается и вызывает опоясывающий лишай.

— Конечно, но я не уверен, что это имеет отношение…

— У Эммы был мононуклеоз, а его вызывает вирус Эпштейна — Барр… Это ведь тоже герпес, если я не ошибаюсь. Откуда вы знаете, что не он вызвал ее состояние?

Значит, вот какова его теория.

— Вижу, вы основательно изучили интернет. Смею заверить вас, что наше всестороннее обследование выявило бы любую вирусную инфекцию…

— Неужели вы считаете, будто представители вашей профессии знают все о вирусных инфекциях и мозге?

— Разумеется, нет, но…

— Пожалуйста, не надо разговаривать со мной покровительственным тоном.

— Уверяю вас, если бы это был вопрос инфекции или нарушения иммунитета, мы бы это выявили. Послушайте, если бы это было что-то, что можно нагуглить, неужели вы считаете, что мы не сумели бы это сделать? Диагноз Эмме пытался поставить не только я, но и еще несколько умных, вдумчивых врачей. Так или иначе, даже если бы это была какая-то неизвестная науке разновидность энцефалита, которая почему-то не видна при сканировании и анализе спинномозговой жидкости и не влияет на энцефалограмму, как это объясняет, что у Эммы иногда проявляются признаки сознания, особенно если ее не просят прямо их проявить? Вы, несомненно, и сами видели. Это указывает на какое-то иное расстройство, которое…

— Все в голове? Давайте я расскажу вам, что видел своими глазами в ту ночь, когда у Эммы случился припадок и она попала в больницу. Ее сразу увезли на каталке в реанимационный бокс. Я был в ужасе. Я думал… да, я думал, что потеряю ее. Эмма перекатывалась с боку на бок. То и дело движения становились чаще, у нее напрягались

руки, она молотила кулаками по матрасу — справа, слева, вверх, вниз. Движения стихали на минуту-другую, а потом снова усиливались. Ей дали кислород, чтобы дышать. Прибежал реаниматолог со шприцем наготове. Он надел ей на левую руку жгут на липучке, затянул и стал искать вену. Эмму всю колотило, но она протянула правую руку и сорвала жгут, после чего ее затрясло еще сильнее. Знаете, что сказал врач? “Ах, вот в какие игры мы будем играть!” Игры! Он отступил на шаг и мерзко вытаращился на нее. А потом снял с нее кислородную маску. Эмма часто моргала, мотала головой в стороны. Врач взял ее за подбородок, чтобы она не двигалась. Она открыла глаза и посмотрела на него. Кто-то подал ему фонарик, и он посветил ей в глаза — и нагнулся к ней близко-близко. Она ударила по фонарику. И тут он: “Ладно тебе, Эмма. У тебя не эпилептический припадок. Я знаю, что ты меня слышишь. Мне надо, чтобы ты взяла себя в руки! Сейчас же!” Она понемногу успокаивалась — крутила ногами, как на велосипеде, но руки были неподвижны. “Так-то лучше”, — сказал он самодовольно. Прошло несколько минут. Я понимал, что она так и не пришла в себя, — и тут она пронзительно закричала и снова начала биться на матрасе. Тогда врач всплеснул руками и как рявкнет: “Ну все, зовите психов!” — а потом развернулся и вышел, хлопнув дверью. А припадок у нее так и продолжался до утра.

— Какой ужас, — сказал я, отметив про себя, что в его описании были перечислены все характерные признаки неэпилептического приступа, или диссоциативных судорог.

— Никто не объяснял мне, что происходит, вообще никто ничего не объяснял. Медсестры были добрые, они

сумели дать ей несколько глотков воды и твердили, что все пройдет. После этого она разучилась глотать и говорить. Мы ждали несколько часов. Я спросил у дежурной медсестры, что происходит, и она сказала, что Эмму оставят до утра, но мне нужно подождать. “У нас тут много настоящих больных”, — сказала она. И что они сделали? Отправили ее в обычную палату и сделали ей горячий шоколад, а когда я сказал, что она не может глотать самостоятельно, мне ответили: если захочет пить, попьет. Тогда я и решил забрать ее домой.

Мне стало очень жалко Чарльза, теперь я понимал его точку зрения.

— Послушайте, с вами обошлись очень плохо, — сказал я ему. — Это непростительно. К сожалению, психические болезни стигматизируют, это глубоко укоренилось в обществе и касается даже врачей. Мы не знаем, почему Эмма в таком состоянии; несомненно, у нее самая настоящая болезнь, тяжелая и даже опасная для жизни, но, может быть, стоит считать, что проблема в программном обеспечении, а не в “железе”.

Это Чарльза не убедило.

— Еще скажите, что электрошоковая терапия — это как выключить и включить компьютер.

Он встал, поправил галстук, мы пожали друг другу руки, и он ушел.

■ ■ ■

Нам требовалось показать Эмму всем нужным специалистам и получить независимое мнение. На это ушло до-

вольно много времени. Все терялись, кто-то просил повторить исследования “на всякий случай, вдруг мы что-то упустили”, кто-то делал заключения увереннее, однако все сошлись на том, что электрошоковая терапия показана в случае Эммы, имеет достаточно шансов на успех и ее можно назначать, ничего не опасаясь. Эмма по-прежнему не отвечала на вопросы и сама ничего не спрашивала. Один из приглашенных специалистов был с ней откровенен: если она не желает, чтобы ей проводили электрошоковую терапию, она должна сообщить об этом сейчас, и этого, скорее всего, будет достаточно, чтобы отменить процедуры. Мы оставили у ее койки бумагу и ручку на случай, если она захочет что-то написать, пока никто не видит. Я провел с ней несколько долгих “бесед” — сидел у ее постели и говорил, что думаю: что я не знаю, что происходит у нее на душе, но она, видимо, в полном отчаянии, что ей, наверное, сейчас трудно общаться с людьми, ведь она уже больше года молчит, и что ее положение, должно быть, дополнительно осложняется тем, что она хочет остаться верной себе, не подвести папу и при этом, несомненно, предпочитает сама принимать решения. Накануне первой процедуры я сказал, что, по-моему, Эмме очень страшно, но я думаю, что для нее это отличный способ выбраться из этой… ловушки. После паузы веки Эммы затрепетали, все тело задрожало. Я сообщил ей, что толкую это как знак, насколько ей страшно, и предложил попытаться сказать что-нибудь — все что угодно, — чтобы донести до меня свои подлинные чувства. Дрожь усилилась. Я положил руку Эмме на предплечье — дрожь ослабела. Я сказал: не сомневаюсь, она бы хотела, чтобы здесь была ее мама и можно было с ней поговорить. У Эммы

блеснули слезы — или мне померещилось? Я просидел рядом с ней почти час — вдруг она заговорит? Но Эмма молчала.

■ ■ ■

Я сопровождал Эмму в кабинет электрошоковой терапии. Ее вкатили на каталке, пристегнули к огромному креслу, наклонили спинку, чтобы она не сползла вниз. Процедура прошла хорошо. Анестезиолог подтвердил, что у Эммы были “хорошие судороги”. Некоторые пациенты, особенно при кататонии, приходят в себя уже после первой процедуры. Иногда больше и не требуется. В таких обстоятельствах непонятно, что это было — физиологическая реакция на общий наркоз, действие самой процедуры или психологический ответ на всю эту драму.

После процедуры медсестры проверили основные показатели состояния организма Эммы и осторожно попытались ее разбудить. Я предупредил их, что обычно она ничего не говорит. Она лежала неподвижно, дыхание понемногу успокаивалось. Глаза открылись, но глядели прямо перед собой.

— Как вы себя чувствуете, Эмма? — спросила процедурная медсестра и помахала рукой перед лицом пациентки. Потом сделала вид, что собирается ткнуть ее пальцем в глаз.

Эмма моргнула, но не отвела взгляд.

— Уже все, мы закончили. Вы умница. Ваш отец ждет в коридоре, я скажу ему, что он сможет навестить вас в палате через несколько минут.

Эмма не отреагировала на процедуру никак — и на вторую, и на третью, и на четвертую. Протокол предполагает цикл из шести процедур, и если они не приносят пользы, их следует прекратить.

Пятая процедура прошла так же, как и предыдущие. При большой депрессии эффект электрошоковой терапии начинает проявляться зачастую после четырех-пяти процедур. Я слонялся по кабинету. Эмма просыпалась от наркоза. Закашлялась — в легких накопилась слизь. Медсестра приподняла изголовье каталки, чтобы Эмма полусидела. Эмма открыла глаза и впервые за все время посмотрела прямо на меня. Как будто через нее меня ударило током.

— Эмма, вы с нами? — потрясенно спросил я.

— Где я? Какой сегодня день? — просипела она и снова закашлялась.

Медсестра дала ей стакан воды, и она взяла его двумя руками и поднесла ко рту. Залпом выпила, потом выпрямилась, словно насторожилась. Я поглядел на медсестру, медсестра — на меня. У нас округлились глаза, у меня заколотилось сердце.

— Итак… Вам только что провели электрошоковую терапию, сегодня среда и… вот вы здесь. Как вы себя чувствуете?

Эмма оглядела кабинет.

— Кстати, меня зовут…

— Да, я знаю, кто вы. Вы, конечно, понимаете, что это ненадолго.

— Почему?

— Это всего лишь реакция “бей-или-беги” на стресс, которому вы меня подвергли. Теперь стресс, скорее всего,

реактивирует вирус в моем организме, и мне станет только хуже.

Знакомая логика.

— Но вы говорите, вы двигаетесь, вы можете глотать. Разве это не прекрасно?

— Прекрасно, только у меня такое ощущение, что это не совсем я, и вообще потом придется за все расплачиваться. — Она выгнула спину, положила руку на поясницу, поморщилась от боли.

— Все равно приятно поговорить, — отважился я.

— Ну, наверное.

— Естественно, некоторое время вы будете чувствовать слабость и скованность. Вы больше года пролежали на спине! Я понимаю, вы, вероятно, опасаетесь, что у вас вирус, который поражает нервную систему, и если вы сейчас истощите свои силы, это нанесет еще больше вреда. Но давайте рассмотрим альтернативную версию: вирус давным-давно уничтожен, и теперь вам нужно постепенно заново научиться двигаться и восстановить отношения с телом.

— Чушь!

— Подумайте об этом.

— Давайте отвезем вас в палату, — вмешалась медсестра. — Там и договорите. Что ж, Эмма, до пятницы.

Эмма улыбнулась и царственно помахала ей.

Стоять нормально она не могла, ноги подкашивались, но села в обычное кресло-каталку. Первой, кто поприветствовал Эмму в палате, оказалась Кристиана в полном облачении для уборки. Она мельком посмотрела на Эмму, потом подскочила на месте — “Боже мой!” — сорвала резиновые перчатки и передник и прижала Эмму к обшир-

ной груди, едва не задушив. И расплакалась от радости. Затем, взяв лицо Эммы в ладони, она пролепетала:

—Только посмотрите! Какая же ты красавица! Слава тебе, Господи!

Позвонили Чарльзу — он был на работе. После первой процедуры он не считал необходимым присутствовать на электрошоковой терапии. Приезжайте поскорее, все хорошо, просто приезжайте поскорее.

После обхода я вернулся навестить Эмму и сунул голову в дверь ее палаты. Она сидела в постели, рядом был отец, и они вместе рассматривали альбом с фотографиями, болтали вполголоса и ели шоколадные конфеты. Чарльз сказал мне, что они сумели связаться с Мирандой — она только что звонила, но приехать не сможет. Все очень расчувствовались (он сжал руку дочери). И добавил, говоря за них обоих, что они устали и Эмме надо отдохнуть.

Назавтра мне передали, что Эмма хорошо поспала. Утром она осталась в постели, на завтрак поела йогурта. Отец заходил ненадолго. Эмма говорила с медсестрами и физиотерапевтами, которые были просто потрясены и поспешно составили новую программу реабилитации, которая строилась на постепенном повышении нагрузок, но оставляла много места для обсуждения страхов перед рецидивом и была нацелена на исключение циклов подъема и спада. Затем Эмма попросила, чтобы ее оставили одну, а потом с течением дня, похоже, впала в прежнее состояние и ни на что не реагировала. Я был несколько обескуражен, хотя и полагал, что мы на верном пути. Вернулся в кабинет, проверил электронную почту. Там было письмо от Чарльза. Раньше он никогда не писал мне электронных писем. В имейле без обиняков гово-

рилось: вчера вечером Эмма сказала отцу, что больше не хочет проходить электрошоковую терапию, поэтому следует прекратить процедуры.

Посоветовавшись с коллегами, я на следующее утро ответил Чарльзу: Эмма не говорила, что возражает против процедур, ни мне, ни другим врачам и медсестрам, а сегодня она не в состоянии общаться. Процедуры предписаны судом и будут продолжены. Я предложил снова встретиться и обсудить происходящее сегодня вечером. Была пятница, день следующей процедуры — процедуры номер шесть. Все прошло как раньше. И Эмма снова очнулась, как по мановению волшебной палочки, сразу же посмотрела мне в глаза и принялась яростно спорить. На сей раз я взял с собой в кабинет электрошоковой терапии коллег-физиотерапевтов, чтобы они пронаблюдали преображение своими глазами и задали собственные вопросы.

— И вот мы снова здесь. — Таков был гамбит Эммы.

— Верно. Прежде всего спрошу: правда ли, что вы сказали отцу, что больше не хотите проходить электрошоковую терапию?

— Я сказала, что она не поможет. Это просто реакция на стресс.

— Это не одно и то же.

— Делайте что хотите. От меня ничего не зависит. Я ничего не решаю.

Заговорил один из физиотерапевтов:

— Послушайте, Эмма, если вы действительно хотите отменить электрошоковую терапию, скажите нам, только приведите хоть какое-то обоснование.

— Здесь нечего обсуждать. Вы когда-нибудь слышали о свободе воли? Мы просто машины. Пожалуйста, опу-

стите изголовье. — Она улыбнулась, отвернулась от нас и закрыла глаза.

Через некоторое время мы с физиотерапевтом и эрготерапевтом зашли к Эмме. Она могла пройти несколько шагов, если ее поддерживали с обеих сторон, — очередная веха на пути к выздоровлению.

Терапевты надеялись, что сумеют договориться с Эммой о целях: научиться вставать, мыться, есть, ходить в туалет и так далее. У них состоялся долгий разговор, в ходе которого Эмма в основном приводила причины, почему не сможет всего этого делать, и перечисляла, какой вред эти занятия нанесут ее физическому здоровью. Врачам удалось добиться, чтобы она высказала некоторые пожелания: чай *без* молока; не ставить койку перед телевизором днем; терапевты должны приходить заниматься с ней в назначенное время, а не “когда попало”; пусть папа привезет кое-что из одежды и щетку для волос; если так необходимо, чтобы всегда играло радио, пусть это будет четвертый канал (последние известия), а не второй (легкая музыка).

Я спросил, стоит ли нам продолжать разговаривать с ней, когда она не может отвечать. Эмма безразлично ответила, что не возражает. А музыка? Если не второй канал, какая музыка ей нравится?

— Та, которую не слышно.

■ ■ ■

Побывав у Эммы, Чарльз пришел ко мне в кабинет. Он был бледен и напряжен.

— Как она? — спросил я.

— Нормально. Сказала, что сегодня у нее было много встреч, поэтому я решил не утомлять ее расспросами.

— А вы бы предпочли, чтобы ей не делали электрошоковую терапию, ведь тогда никто не смог бы разговаривать с ней…

— Речь идет не о моих предпочтениях, а о том, чего хочет Эмма.

Я взял себя в руки.

— Просто меня поразил контраст. Кристиана, одна из наших медсестер, знающая Эмму месяца три, буквально разрыдалась, когда увидела ее в среду. А вы, отец, прислали мне сухое электронное письмо с требованием прекратить электрошоковую терапию, единственное лечение, которое позволило Эмме заговорить впервые за год. Вам не кажется, что это… гм… несколько странно?

— Что ж, если письмо вышло сухим, извините. Я признателен вам и вашим коллегам за то, что вы лечите Эмму так, как считаете правильным. Скажу напрямик. Я ценю каждую минуту, которую провожу с ней, поскольку, боюсь, скоро это кончится.

Мы уставились друг на друга.

— Кстати, я некоторое время не смогу ее навещать. Мне надо лечь в больницу на обследование. Надеюсь, ничего серьезного.

Я выразил сочувствие, и мы распрощались.

■ ■ ■

Мы запросили разрешение на следующий курс из шести процедур электрошоковой терапии и получили его. Пе-

ред каждым сеансом Эмма была в одном и том же состоянии — дрожала, но ни на что не реагировала. Результат тоже был один и тот же: стоило Эмме отойти от общего наркоза, как она смотрела мне в глаза и завязывала разговор — пусть иногда загадочный и туманный, — однако действие процедуры с каждым разом длилось все меньше и меньше.

Восьмая процедура была необычной. Пришел другой анестезиолог. После введения анестезирующего препарата внутривенно у Эммы вдруг усилилось сердцебиение и поднялась температура, она вся покраснела, поэтому процедуру отложили. Очевидно, это была аллергическая реакция, и потом выяснилось, что применили другой препарат. После этой "фиктивной электрошоковой терапии" Эмма не разговаривала и не проявляла признаков сознания. После девятой процедуры она снова заговорила, произнесла несколько слов, а затем словно бы уснула. Потом она несколько раз открывала глаза, но смотрела прямо перед собой и не предпринимала никаких попыток общаться. После десятой процедуры она сказала всего лишь "привет", после одиннадцатой — ничего, после двенадцатой снова ничего. Правда, и до, и после процедур у нее сохранялась способность подолгу сидеть и даже стоять.

Больше мы не предлагали проводить электрошоковую терапию. Физиотерапевты были довольны, что Эмма стала подвижнее: это снижало риск пролежней и пневмонии. Остальные врачи, в том числе и я, часами пытались разговаривать с ней, вспоминали все, что она говорила, задавали уточняющие вопросы. Что она имела в виду, когда говорила, что у нее нет свободы воли? Может быть, это она услышала в какой-то передаче о философии со-

знания по четвертому каналу? Не говорит ли это о психозе? Мы сообщали Эмме положительные новости о ее здоровье, рассказывали о вирусных инфекциях и иммунитете, а также о том, как полезно движение для мышц и суставов. Никакого заметного отклика это не вызывало.

По Чарльзу никто особенно не скучал, но как-то вечером, когда с нашей последней беседы прошло больше двух месяцев, он вдруг объявился. По словам медсестер из ночной смены, выглядел он кошмарно. Похудел килограммов на пятнадцать. Волосы у него поредели, лицо было землистое. Он сказал, что пришел попрощаться с Эммой. Рак вернулся, он ложится в хоспис. Ему осталось жить недели две.

■ ■ ■

Задача отвезти Эмму на похороны требовала больших логистических усилий: медицинский транспорт, пандусы, кресла-каталки и толпа помощников. Мы не могли определить, хочет ли Эмма присутствовать, но решили исходить из того, что хочет. Пришло несколько старых друзей. Они говорили о том, как Чарльз заботился об интересах общества, о его чувстве долга, о неподъемном бремени стресса (который, несомненно, и вызвал рецидив рака): ведь его дочь тяжело больна, а психиатры всячески истязают ее, вместо того чтобы лечить. Эмма, сидевшая в своем кресле в задних рядах зала, ничем не показывала, что осознает происходящее вокруг.

Потом старший медбрат вспомнил, что прежде, когда мы сталкивались со слишком тесными отношениями

отца или матери со взрослым ребенком, страдавшим тяжелым психиатрическим расстройством, смерть родителей иногда знаменовала новый этап в жизни сына или дочери. “Смерть подчас несет с собой надежду”, — афористично заметил он, стараясь развеять уныние.

■ ■ ■

Прошло несколько лет; состояние Эммы не изменилось ни на йоту. Почему? Возможно, она тоскует по матери; возможно, отец, которого она то ли любит, то ли ненавидит, промыл ей мозги; возможно, у нее редкая форма кататонии или депрессии с реакцией на электрошоковую терапию; хроническая вирусная инфекция в мозге, которую биомедицина не в состоянии распознать; заболевание мозга, невидимое для ультрасовременных сканеров; возможно, она ведет себя в соответствии с представлениями о своей болезни — глубоко укоренившимися, но ошибочными; это протест; она совершенно безумна…

Какую-то подсказку, хотя едва ли объяснение может дать статья журналистки Рэйчел Авив из *New Yorker* об одном шведском случае синдрома тотального отказа или, как там выражаются, “ухода от действительности”[20]. В статье рассказывается история Георгия, который в возрасте пяти лет приехал в Швецию вместе с родителями, подвергавшимися преследованию по религиозным мотивам. Шесть лет они добивались, чтобы им разрешили остаться. Когда сложилось впечатление, что ничего не выйдет, у Георгия начался синдром тотального отказа, и он почти год пробыл в пассивном состоянии и ни на

что не реагировал. Наконец родители получили вид на жительство — и Георгий пошел на поправку: поначалу он только открывал глаза, но потом начал есть, пить, разговаривать и двигаться совершенно нормально. Выздоровление заняло несколько недель. Когда мальчика просили рассказать о пережитом, он отвечал, что начиналось все как протест: зачем ходить в школу, если все равно ему нельзя будет ни жить, ни работать в этой стране? А затем протест “вырвался из-под контроля”, и мальчик словно бы не мог ему сопротивляться.

Но вернемся к Эмме. Почему она в таком состоянии?

По большому счету — неизвестно.

Глава 7

We Are Family



емейный ужин в *Pizza Express* приходилось планировать, словно военную операцию.

Шаг первый. Позвонить заранее и забронировать столик на четверых (у выхода) ровно на 18.00 (когда в зале не слишком людно).
Шаг второй. Высадить маму в 17.59; заказать еду, в том числе одну пиццу с пепперони, большую колу (без льда), шоколадный брауни.
Шаг третий. Папа ездит вокруг квартала с Лео (одиннадцать лет) и Кристофером (пятнадцать лет) на заднем сиденье, пока не зазвонит телефон — сигнал, что еду принесли.
Шаг четвертый. Вернуться в ресторан, припарковаться, сесть и быстро поесть, оставить деньги (включая щедрые чаевые), вместе уйти.

Семья по горькому опыту знала, что нет другого способа провести вечер вне дома, не устроив безобразного скандала. Лео был просто не в состоянии тихо сидеть за столом в ожидании еды, или если еда была какая-то не такая, или если кругом было шумно и много народу. Он начинал

беспокоиться, громко повторял “пепперони-кола-безльда”. Положение стремительно усугублялось — и вот уже он бил себя кулаками в лоб и визжал. На них таращились, качали головами, кто-то с сочувствием, а кто-то щелкал языком: “Безобразие!”

У Лео был аутизм — не расстройство аутистического спектра (РАС), а *настоящий* аутизм. Это устойчивое тяжелое расстройство нервно-психического развития, затрагивающее и структуру, и функции мозга, особенно социальное поведение и сферу коммуникации. Причины, вероятно, генетические, но достоверно это не известно. О том, чтобы пойти в кино, нечего было даже думать. Друзья никогда не звали их в гости, а пицца, похоже, была единственным, что Лео любил. Система работала и позволяла иногда выбираться из дома, хотя бы ради Кристофера.

Контраст с Кристофером особенно подчеркивал состояние Лео, когда речь шла об обычных вехах взросления. Первая улыбка, первые шаги, первые слова — во всем Лео далеко отставал от Кристофера. Диагноз ему поставили года в три-четыре, он ходил в специальную школу. Выходные и вечера давались трудно. Отец мальчиков был школьным учителем и исполнял обязанности завуча, мать работала медсестрой, нередко в ночь. Кристофер прекрасно умел управляться с Лео. Он держался очень терпеливо и непринужденно, знал все его ритуалы. Они играли в компьютерные игры, смотрели кино — не то чтобы вместе, но в одной комнате.

Кристофер никогда ни на что не жаловался, но иногда словно бы уходил в себя. Учился он гораздо лучше среднего и к тому же был отличный спортсмен, крупный для своего возраста, поэтому стоял на воро-

тах в школьной футбольной сборной, однако иногда прогуливал школу и слонялся по большому пустырю неподалеку. Другие мальчики просили его купить им сигареты, а старшие даже заставляли покупать алкоголь по фальшивому удостоверению личности. Кристофер и сам начал курить, что было глупо с его стороны, поскольку у него иногда случались астматические приступы. А хуже всего — он стал воровать деньги на сигареты у матери из кошелька.

Как-то вечером он договорился пойти в кино со школьной компанией. Папа на несколько дней уехал на север навестить брата. Мама сказала, что работает в утро, вернется пораньше, поэтому за Лео будет кому приглядеть. Однако около пяти часов вечера она позвонила и предупредила, что задержится: в больнице не хватает рук.

— Но я договорился сегодня пойти в кино! В кои-то веки!

— Увы, в жизни всякое бывает. Я вернусь около девяти. Нельзя быть таким эгоистом! — рассердилась мать. Ведь и у нее выдался тяжелый день.

Кристофер вскипел, бросился в свою комнату и захлопнул за собой дверь, не обращая внимания на Лео, который требовал чего-нибудь поесть. Мама мальчиков пришла сразу после девяти, как и обещала, и обнаружила, что Лео всхлипывает на пороге. Кристофер уже ждал в коридоре в уличной одежде и выскочил за дверь, так что мать даже не успела извиниться.

По домашним правилам Кристофер должен был быть дома к десяти. В двенадцатом часу мать забеспокоилась. Настала полночь. Кристофер не брал трубку. Мама не знала, что делать. Ее так и подмывало позвонить в поли-

цию, но она понимала, что он, вероятно, просто слоняется по пустырю.

Было уже больше часа ночи, когда Кристофер, шатаясь, вошел в дом и направился наверх. Он был весь всклокоченный, ботинки в грязи, от него несло спиртным. Не отвечая на вопросы матери, он бросился в туалет, и его там долго рвало.

Воскресным утром, когда и отец, и мать были дома, с ним решили поговорить. Кристофер катится по наклонной, и родители не намерены сидеть и глядеть сложа руки. Почему он прогуливает школу? Он что, забыл, что в следующем году экзамены? Может быть, он ворует деньги? Кристофер разволновался, расплакался, кричал, что не виноват, потом его охватила неконтролируемая дрожь. Лео все это время прятался в углу. Наказание было суровым. Кристофера посадили под домашний арест — выходить из дома разрешается только в школу. И сообщили, что он не поедет вместе со сборными местных школ в футбольный тур в Амстердам в середине полугодия.

Наутро Кристофер попросил разрешения остаться дома. Он кашлял, дыхание было сиплым. Его до сих пор трясло. Мама пожалела его. Он полночи бродил по холоду, вдруг у него пневмония? Она позвонила в школу и сказала, что он сегодня не придет. В итоге он проболел всю неделю.

■ ■ ■

Мама отвела Кристофера к врачу, который решил, что у него и в самом деле, вероятно, пневмония, и пропи-

сал антибиотики. Кристоферу было трудно дышать, но не как при астме. Странно, что его трясло; это насторожило врача. Правая рука Кристофера дергалась из стороны в сторону резко и неритмично. Дрожь была непостоянной. Иногда она совсем стихала, особенно когда Кристофер отвлекался, и даже когда усиливалась, похоже, не мешала есть и одеваться. Врач спросил мальчика, не слишком ли часто он пользовался ингалятором: передозировка могла вызвать тремор, хотя было больше похоже на гипервентиляцию.

Прошла неделя, Кристофер пропил курс антибиотиков. Дышать стало легче, но дрожь никуда не делась. Более того, Кристофер стал жаловаться, что правая рука у него ослабела — и, кажется, правая нога тоже. Врач осмотрел его и не нашел никаких отклонений. Когда Кристофер вытянул руки перед собой, а врач надавил на них, пытаясь опустить, оказалось, что они одинаково сильные — и тут правая рука вдруг резко поддалась, и Кристофер уронил ее по шву. Рефлексы были нормальные и одинаковые с обеих сторон, а следовательно, нервы, идущие от головного мозга через спинной, не были затронуты.

Родные не понимали, злиться им или беспокоиться. Не слишком ли суровы они были к Кристоферу? Или он просто устраивает спектакль? Все это выглядело крайне неправдоподобно, а он не пытался ничего объяснить. Родители решили, что все само уляжется, а если “поднимать шум”, проблема лишь усугубится. Однако лучше Кристоферу не становилось; в конце концов его направили в местную больницу, к педиатру. Педиатра его жалобы и удивили, и озадачили. Неврологические симптомы, похоже, прогрессировали: Кристофер начал сильно хромать

при ходьбе. Такого тремора, как у него, педиатру раньше видеть не приходилось, но это могло служить симптомом редкого двигательного расстройства вроде детской хореи (от греческого глагола, означающего “танцевать”). В школу Кристофер почти не ходил. Было решено госпитализировать его для обследования. Предполагалось взять анализы крови, провести сканирование мозга и рентген позвоночника и взять пункцию спинномозговой жидкости — главным образом, чтобы выявить признаки воспаления в нервной системе.

К моменту госпитализации Кристофер передвигался только с ходунками и не мог самостоятельно мыться и одеваться. Мать и отец окружили его постоянной заботой, поскольку их мучила совесть, что они так жестко отреагировали на скверное, но не то чтобы прямо возмутительное поведение сына. Им было стыдно, а поскольку оба работали в государственных компаниях, они не хотели, чтобы за их “глупость” пришлось платить государству. Они сами должны расплачиваться за свои поступки.

И сканирование мозга, и рентген ничего не показали, что принесло огромное облегчение: значит, у Кристофера нет никаких опухолей и ничего не давит на спинной мозг. Затем настал черед спинномозговой пункции — рутинной процедуры, которая, правда, крайне неприятна для больного и требует особого мастерства со стороны врача. Пациент раздевается до белья и ложится на кушетку на левый бок, подтянув колени к груди. Кожу протирают антисептиком. Медсестра накрывает нижнюю половину тела стерильной простыней с квадратной прорезью в середине, которую помещают над поясничным отделом по-

звоночника. Врач садится на табурет за спиной пациента и находит углубление между двумя нижними позвонками поясничного отдела позвоночника, над самым тазом. В эту крошечную область делают укол местного обезболивающего; иногда пациент ежится, но это почти не больно. Затем врачу передают иглу для спинномозговой пункции. Врач еще раз прощупывает область пункции и говорит что-то вроде “Сейчас вы почувствуете давление”. Затем игла должна плавно войти внутрь, не встретив никаких препятствий в виде кости. Внутреннюю часть иглы вынимают, и если все нормально, секунды через две из нее, ко всеобщему удовольствию, вытекает первая капелька спинномозговой жидкости цвета и консистенции белого вина и мягко падает в подставленную пробирку, чтобы затем отправиться в лабораторию.

Психиатры таких процедур не проводят. Когда я был стажером-неврологом, мне, помнится, очень нравилось делать пункции, и я считал себя специалистом. Однажды мой наставник попросил меня взять пункцию у больного за сорок, которого госпитализировали с внезапной сильнейшей головной болью, а теперь он ощущал некоторую дурноту и не мог согнуть шею. Компьютерная томограмма ничего особенного не выявила, и по тогдашнему протоколу требовалось взять пробу спинномозговой жидкости, чтобы понять, что у больного — аневризма или менингит. Меня окружали студентки-медсестры, и я играл на публику. Ввел местное обезболивающее, взял иглу для пункции и в интересах зрителей стал объяснять, что буду сейчас делать. В этот момент больной пустил ветры — громко и протяжно. “Из-звините!” — театрально возмутился я. Медсестры захихикали. Лишь через несколько секунд меня

осенило, что это был последний звук в жизни больного. Как видно, аневризма была готова лопнуть в любой момент — и, скорее всего, лопнула, когда пациент напрягся в ожидании укола. Нет, я не думаю, что он умер из-за меня, но до сих пор краснею при мысли, как тщеславно и глупо я себя повел. После этого я перестал брать пункции.

■ ■ ■

Перед пункцией Кристофер разволновался, ему было трудно лежать неподвижно. Рука тряслась. Кристофер был мускулист и слегка полноват, поэтому врачу непросто оказалось нащупать место, куда вводить иглу. Когда в кожу вошла игла шприца с местным обезболивающим (не толще булавки), Кристофер выгнулся всем телом и едва не свалился с кушетки. Врач-стажер растерялся. И осторожно ввел иглу для пункции, забыв предупредить Кристофера. Кристофер рефлекторно выпрямился, отчего вонзить иглу между позвонками стало еще труднее. Игла вошла лишь до половины, а врачу и медсестре пришлось укладывать Кристофера в нужную позу и уговаривать не шевелиться.

Врач надавил на иглу, но она наткнулась на кость. Кристофер застонал. Иглу вынули. В месте укола выступила капля крови. Медсестра хотела успокоить Кристофера, сказала, что ничего страшного — пусть с первого раза не получилось, через минуту попробуем еще. Попробовали. Вышло только хуже. Кристофер начал дергаться, когда врач еще не успел ничего сделать. Ввели еще одну дозу местного обезболивающего. Игла для пункции

вроде бы вошла нормально. Врач извлек внутреннюю часть и стал ждать. Никакой жидкости из нее не показалось. Процедуру решили отменить. Затем врач вызвал старшего коллегу, который согласился зайти попозже и повторить процедуру. Даже у старшего коллеги, хотя он проделал уже, наверное, сотню пункций, получилось взять спинномозговую жидкость только со второй попытки — но все же получилось. Игла задела кровеносный сосуд, а значит, в спинномозговую жидкость попала кровь из тканей, которые игла пронзила по пути; для анализа это не идеально, но все же приемлемо. Все вздохнули с облегчением, кроме Кристофера. Врач сказал ему, что он большой молодец и худшее уже позади, но мальчик лежал и трясся.

Его колотило с головы до ног. Дрожь то усиливалась, то слабела, но не проходила несколько часов. Кроме того, Кристофер жаловался на сильные боли в спине и утверждал, что не может пошевелить ногами. Вызвали врача-стажера, который пытался взять пункцию; тот испугался, что после процедуры возникли осложнения. Подобное могло произойти только в одном случае, думал врач: если у Кристофера опухоль мозга. Опухоль вызывает повышение внутричерепного давления, а когда пункция резко сбрасывает давление, мозг с силой вдавливается вниз в черепную коробку, что приводит к непоправимым повреждениям. Но это было невозможно, поскольку перед пункцией Кристоферу сделали компьютерную томографию мозга именно для того, чтобы исключить такое осложнение, и снимок был абсолютно чист.

Провели экстренную электроэнцефалографию на случай, если дрожь вызвана эпилептическим припадком.

Мозговая активность оказалась нормальной, но картина была смазанной из-за двигательного возбуждения (“артефакт мышечного напряжения”). Позвали и врача, проводившего пункцию, и он сам осмотрел Кристофера, тоже испугавшись, не ошибся ли в чем-то. Реакцию Кристофера он не мог объяснить ничем, кроме психологических последствий страха перед процедурой, обострившегося из-за неудачной попытки и боли. Но это, конечно, никак не объясняло, почему у Кристофера вдруг отнялись обе ноги. Тем более что они ощутимо двигались и Кристофер мог самостоятельно садиться и переворачиваться в постели, чего ему не удавалось бы, если бы ноги были полностью парализованы.

Назавтра пришел лечащий врач и провел полный осмотр. Он не мог объяснить ухудшение никакими физическими механизмами. Результаты анализа спинномозговой жидкости оказались нормальными. Позвали клинического психолога, который в дальнейшем провел много сессий с Кристофером и со всей семьей. Он позвонил в школу и поговорил с семейным врачом. Психологическое обследование заняло больше месяца, зато психолог составил подробное заключение, где предположил, что у Кристофера так называемое конверсионное расстройство, которое, по его словам, стало результатом — по крайней мере отчасти — психологического конфликта, проявившегося как тяжелое неврологическое нарушение. В заключении говорилось, что все это, вероятно, связано с тем, что Кристоферу трудно приспособиться к своей жизненной ситуации: ему обидно, что Лео получает столько внимания, трудно соответствовать требованиям родителей, плохо в школе, к тому же у него проблемы со здоровьем (аст-

ма, начинающееся ожирение). Все это и сошлось воедино в тот роковой вечер пятницы, и Кристофер “усвоил”, возможно, подсознательно, что, если заболеет, это разом избавит его и от семейных обязанностей, и от школы, и от травли сверстников. Потом у него взяли пункцию. Во всех этих факторах по отдельности нет ничего незаурядного, но в совокупности, как полагал психолог, они послужили достаточной причиной для внезапной инвалидизации, особенно если учесть “излишне тревожный”, по мнению психолога, характер Кристофера и неудачно прошедшую пункцию, которая напугала и “травмировала” мальчика (не только в физическом, но и в психологическом смысле). Все это вызвало “декомпенсацию” и “регресс” в более раннее детское состояние зависимости. Был рекомендован полный курс индивидуальной психотерапии в сочетании с физиотерапией и поэтапной реабилитацией. Прогноз при конверсионном расстройстве в молодом возрасте, если его рано диагностировать и лечить, считается хорошим[1].

Кристофер пробыл в отделении неврологической реабилитации больницы полтора года без всякого улучшения; более того, его состояние ухудшилось, он перестал владеть не только ногами, но руками от кисти до плеч. Он был прикован к постели, в сущности парализованный ниже шеи. Он ощущал позывы к испражнению и мочеиспусканию, но не мог самостоятельно сесть на унитаз. Кристофер научился пользоваться компьютером — зажимал в зубах пластиковую палочку и нажимал ею клавиши. Папа пытался продолжить обучение в школе, приносил сыну учебники и задания, но это оказалось безнадежной затеей. Выпускные экзамены Кристофер не сдавал.

Явных признаков депрессии у Кристофера не было. Болезнь вызывала у него досаду, однако он во всем слушался физиотерапевтов, которые в конце концов вынуждены были ограничиться массажем рук и ног и пассивными движениями, чтобы предотвратить контрактуры мышц, сухожилий и суставов. Тогда-то Кристофера и направили к нам в отделение нейропсихиатрии.

■ ■ ■

В последнее время к нам поступало все больше больных с конверсионными расстройствами, которые сейчас принято называть функциональными неврологическими расстройствами. Слово “конверсионный” в этом смысле употреблялось с XIX века, когда считалось, что, если эмоциональный конфликт невозможно выразить, он “конвертируется” в физический симптом. Зигмунд Фрейд и Йозеф Брейер нанесли это понятие на интеллектуальную карту в своих “Исследованиях истерии”, вышедших в свет в 1895 году, где опирались на еще более старую терминологию, восходящую к древним грекам и их представлениям, что будто бы матка *(hystera)* блуждает по организму и мешает работе внутренних органов. Вскоре стало очевидно, что истерии подвержены не только женщины, более того, она не сразу проходит, даже если вывести бессознательный конфликт на поверхность при помощи психоанализа или гипноза. Тем не менее рассказы о случаях истерии были очень увлекательными и правдоподобными.

В наши дни считается, что ключевым фактором во многих случаях — хотя, безусловно, не во всех — слу-

жит связь между конверсией и сексом или сексуальным насилием (так шокировавшая Вену времен *fin de siècle*)[2]. Подобным же образом нам никак не удается отмести представление, что сознание — его идеи, страхи, фантазии, убеждения, конфликты и вездесущий "стресс" — способно проявляться через физическое тело помимо целенаправленных действий. Гипотеза о конверсии, особенно когда ее поддерживает четкий порядок причин и следствий, как в случае Кристофера, и в самом деле представляется убедительной[3], хотя — и дальше следует вписать "врачи предупреждают" — даже если предположение представляется убедительным, приятно соответствует ходу событий и объясняет то, что иначе не объяснить, это не гарантирует его верность.

Наши представления о том, что такое "настоящая" болезнь, и о роли и обязанностях, которые общество навязывает больному и от которых его освобождает, породили концепции "роли больного" и "поведения при болезни"[4].

Вдобавок ко всему в свете достижений диагностики врачи теперь спокойно могут предположить, что у больного видимость неврологического расстройства, даже если оно не подтверждается никакими физическими данными. Хотя некоторых мучают сомнения: вдруг рано или поздно с развитием новых технологий такие данные все же обнаружатся.

Нейропсихиатр попадает прямиком в эту трясину неопределенности и может опираться лишь на прочную основу "биопсихосоциального подхода". Каждая составляющая, каждая точка зрения в отдельности (биологическая, психологическая и социальная) должна быть непредвзято исследована, а все данные учтены. В случае

того или иного расстройства может оказаться, что та или иная точка зрения имеет больше веса, однако редко бывает так, чтобы какая-то из областей — биология, психология и социология — не привнесла совсем ничего важного или поучительного. Психиатр должен отбросить все догмы и быть готов воспринять любую из интеллектуальных доказательных традиций при всех их различиях, а также оставить место для неопределенности.

В случае Кристофера возникла одна сложность: местная администрация по делам здравоохранения не спешила одобрить перевод. Чиновники не понимали, что здесь нужны специалисты, и считали, что всю необходимую работу могут провести и в местной больнице. Нельзя же допускать, чтобы ценные ресурсы утекали из городка в какой-то третий центр, где, в представлении местной администрации, работала сплошная столичная элита! Кроме того, существует демаркационная линия между услугами для детей и взрослых — очевидно условная. Нет, скорее уж власти обеспечат больного "пакетом всестороннего ухода" и будут лечить его дома. Это противоречило принципам Национальной службы здравоохранения (ведь она же национальная!), но так работала система — и тогда, и в определенной степени сейчас: разрыв между чиновниками и поставщиками услуг якобы повышает "эффективность".

■ ■ ■

Кристофера отправили домой. Скромный пригородный домик, точнее, полдомика, где жила его семья, нуждался

в массе различных приспособлений: Кристоферу требовалась настоящая больничная койка, подъемники для всего тела, адаптированный душ и туалет, пандусы и широкие двери для коляски — в общем, все на свете. А как же Лео? За ним тоже понадобится дополнительный уход. Родители впали в тихое отчаяние. Наверное, придется уволиться с работы или значительно сократить нагрузку. Трагедия заключалась в том, что состояние Кристофера можно было лечить — и, вероятно, даже вылечить. Я не мог бросить его.

Я написал длинное письмо руководству психиатрической службы, где подробно перечислил, почему местные больницы просто не обладают нужными профессиональными познаниями и материальной базой для лечения такого случая. Кристофер нуждался в срочной стационарной нейропсихиатрической реабилитации. Я выплеснул на эти страницы весь свой праведный гнев — объяснил, что, если Кристофер будет дома, это выбьет почву из-под ног всей семьи и обойдется в баснословные суммы: няня для Лео, визиты сиделок как минимум четыре раза в день, опытная патронажная медсестра из Национальной службы здравоохранения, где и без того дефицит кадров; всем работникам придется обеспечить полный социальный пакет. Я добавил, что болезнь Кристофера удастся вылечить, только если начать терапию как можно раньше. Я записывал все эти доводы и подозревал, что звучат они жалко. Для начала с точки зрения чиновников расходы, которые я перечислил, — это деньги из чужого кармана. Кроме того, мне дали дельный совет: меня наверняка сочтут не беспристрастным врачом из Национальной службы здравоохранения, который добивается правильного лечения

для сложного больного, а поставщиком услуг с “конфликтом интересов”.

Ответа я не получил. Тогда я попробовал другую тактику: раз меня слушать не хотят, пусть послушают “своего” — местного врача общей практики, которому придется координировать уход за Кристофером, понимая, что все это бесполезно. Уговаривать его не пришлось — он тут же принялся лоббировать интересы Кристофера и его семьи. Правда, он по секрету сообщил мне, что хотя мама с папой хотели заручиться помощью специалистов для сына, держались они несколько пассивно и уклонялись от участия в нашей кампании, когда обнаружили, какой размах она приняла. Похоже, они винили во всем себя и считали, что им следует смириться с судьбой. Они ведь не из тех, кто поднимает шум, и сами так говорят.

■ ■ ■

Разумеется, работа в больнице тем временем шла своим чередом, и мое внимание привлекла другая пациентка — Эми. Она толком не помнила, как оказалась в больнице; ее муж Марк сказал ей, что у нее был припадок. В тот день она была “не в форме”, у нее разболелась голова, стучало в висках. Ее семилетняя дочка Джейд пришла из школы с подругой и мамой подруги, и они обнаружили, что Эми лежит навзничь на полу в кухне, раскинув руки. Они бросились к ней. Она была в сознании, но сонная. Из уголка рта сочилась струйка крови — Эми прикусила язык. Они вызвали скорую, позвонили Марку, и тот сразу помчался с работы в больницу и встретил их там.

Оказалось, в машине у Эми случился еще один припадок. Фельдшеры были уверены, что это эпилепсия. Все признаки налицо: сначала задергалась правая половина тела, голова повернулась влево, глаза были широко открыты, а потом все мышцы очень сильно напряглись, она стиснула зубы и неритмично дергалась всем телом секунд тридцать-сорок, после чего судороги стихли, только иногда что-нибудь вздрагивало, она обмякла и поспала минуту-другую — и, наконец, очнулась. У Эми не было эпилепсии в детстве, поэтому сейчас, в сорок два года, должна была быть какая-то причина. Если подумать, уже месяца два у нее часто болела голова — гораздо чаще обычного. Никаких других симптомов она не отмечала. Разве что иногда бывало трудно подыскать нужное слово, но ведь такое с каждым случается, правда? Вечером ей сделали КТ и обнаружили круглое бороздчатое образование в левой лобной доле — опухоль мозга размером с мяч для гольфа. Выглядела она как классическая астроцитома из учебника[5], а такие опухоли быстро растут и за несколько месяцев могут захватить окружающие ткани мозга.

Через несколько дней Эми и Марка консультировал нейрохирург в больнице. Астроцитома — скверный диагноз, но есть много различных вариантов лечения. Сначала Эми дадут стероиды, чтобы убрать отек вокруг опухоли — это избавит ее от головных болей, — и начнут противосудорожную терапию. Затем ей предложат облучение, а потом, вероятно, химиотерапию, но это нужно будет обсудить с онкологами. В остальном Эми здорова, все анализы в порядке, никаких признаков рака в других органах нет. Хорошо бы, конечно, взять биопсию опухоли, чтобы узнать, из каких именно тканей она состоит, но

при таком расположении — возле отдела мозга, отвечающего за речь, — это не вариант.

Все это стало для супругов страшным ударом, но они были благодарны хирургу за спокойный утешительный тон беседы и за то, что он, похоже, был настроен оптимистически. Он уклонился от ответа на неизбежный вопрос Марка “Сколько ей осталось?” — сказал, что еще рано об этом думать, а кроме того, многие при таком диагнозе живут долгие годы. Эми и Марк истолковали это как *месяцы*. Они объяснили Джейд, что мама заболела, но поправится. Им нужно было заботиться друг о друге. Это была крепкая семья, они очень друг друга любили. И решили, что все преодолеют. Последовали слезы и объятия.

■ ■ ■

Месяца через три Эми снова очутилась в нейрохирургическом отделении. Поначалу лечение шло хорошо, но в последнее время у нее снова начались судороги, в основном легкие — дергалась правая рука и возникало ощущение нереальности происходящего. Ей повысили дозы противосудорожных, это вроде бы помогло, но потом случился тяжелый затяжной припадок, когда одна судорога переходила в другую без передышки. Настроение у Эми было подавленное — пожалуй, неудивительно.

Когда я пришел к ней в палату, она сидела в постели с лицом, опухшим от стероидов и залитым слезами. Она была рада поговорить. Очень скучно сидеть в больнице и дожидаться результатов анализов и мнений специалистов. Эми была остроумна, отважна и самокритична. От

разговора с ней теплело на душе. Она говорила о Джейд и Марке, чьими фотографиями была уставлена ее тумбочка, и как они все вместе собираются съездить в Диснейленд. Мне не показалось, что Эми в депрессии и ей нужны еще лекарства, — скорее она смотрела в свое будущее и пыталась с ним примириться. Я уже хотел уходить, когда она вдруг расплакалась. Плач был какой-то ненормальный — она стиснула зубы и стонала, глухо, гортанно.

— Эми, что с вами? Что происходит?

Она не ответила — глядела прямо перед собой, прижав колени к груди, и качалась взад-вперед. На шум вбежала медсестра и задернула занавески вокруг койки:

— У нее опять припадок.

Стоны стали громче, перешли в протяжный вой. Раскачивание усилилось, но Эми не дергалась и не дрожала. Я знаком попросил сестру остаться. Приступ продолжался минуты три, потом раскачивание замедлилось, вой утих. Эми словно бы твердила “Нет, нет, нет” в ритме раскачиваний, по лицу ручьем текли слезы. Я взял ее за руку.

— Ничего-ничего, Эми. Вы слышите меня? Это не судороги, просто вам горько и, наверное, страшно… подождите, все пройдет, вот уже и прошло…

Эми открыла глаза и покивала в ответ, потом откинулась на подушку. Медсестра принялась хлопотать вокруг нее — вытерла лицо, обняла, чтобы успокоить. Весь эпизод продлился минут десять.

— Что произошло? — Эми была в недоумении. — Припадок?

Я объяснил и Эми, и медсестре, что это были “функциональные судороги”. Иногда человека переполняют эмоции — печаль, страх, что угодно, — и тогда мозг слов-

но сбрасывает пар: сознание отключается, и тело действует на автопилоте. Мы называем это диссоциацией. Особенно часто такое случается, когда ощущаешь все кругом немного нереальным — от лекарств или крайней усталости; кстати, такое нередко бывает при эпилепсии[6].

Я немного посидел с Эми, пока она не пришла в себя окончательно, и мы еще поговорили о случившемся.

—Меня переполняют чувства, это да. За последнее время столько всего произошло. Самой не верится. Знаете, чего я боюсь больше всего? Что меня не станет и некому будет защищать Джейд.

И она снова расплакалась.

Я кивнул, подбирая нужные слова. Тут вдруг до меня дошло, что она сказала.

—Защищать Джейд от чего?

Настало долгое молчание. Эми покосилась на занавески, намекая, что нас не должны подслушать.

—Я раньше никому не рассказывала, даже Марку. Когда мне было семь лет, как сейчас Джейд, меня… подвергали насилию. Сексуальному. — Она проглотила слезы. — Были летние каникулы. Как-то утром зашел мой двоюродный брат Боб. Ему тогда было двенадцать. Мне подарили на день рождения новый магнитофон. У Боба были кассеты, и мама сказала: "Идите наверх, в комнату Эми, послушайте музыку, она будет рада". Мы валялись на кровати, слушали поп-музыку, и вдруг он сунул руку мне под ночнушку. Я не понимала, что происходит. За каникулы это повторялось много раз. Мама и отец Боба, дядя Гарри, очень дружили, они жили за углом. И постоянно заходили к нам. Это длилось годами. Боб угрожал мне. Говорил, если я расскажу, мне не поверят и отпра-

вят в приют. Так продолжалось несколько лет, а потом, когда ему было пятнадцать, а мне, выходит, примерно одиннадцать, он как-то раз встретил меня после школы, увел в лес и изнасиловал. Я побежала домой и рассказала маме, что случилось. Она сказала, что я повела себя как дура, что он всего лишь мальчишка и я, должно быть, сама напросилась. Больше мы об этом не разговаривали. Я не знаю, что она сказала об этом дяде Гарри и Бобу, но больше они к нам не приходили.

Ужасная история, но я, увы, слышал подобное не раз[7]. Похоже, для Эми стало большим облегчением выговориться. Она понимала, что не виновата в случившемся, хотя ей до сих пор было трудно убедить себя в этом. Ей было больно, что тогда никто и не подумал утешить ее. Дядя Гарри как раз разводился с женой, Боб переживал трудный период. Они были еще детьми, но все же со значительной разницей в возрасте. Дисбаланс сил налицо — и к пятнадцати годам Боб наверняка прекрасно знал, что так поступать нельзя. Что касается матери Эми, таково было все ее поколение. Ее воспитывали в строгости — в семье росло семеро детей, тут не до нежностей.

Мы договорились, что после выписки Эми несколько раз придет в дневной стационар на обследование. Я был уверен, что мы сумеем справиться с ее функциональными судорогами, и сказал, что нам следует работать вместе с нейрохирургами, чтобы подбирать противосудорожные средства и противораковую терапию. И добавил, что ей, пожалуй, стоит все рассказать Марку.

Прежде чем мы расстались, я вспомнил еще одну фразу — что в последнее время произошло много всего. Что она имела в виду? Эми ответила, что не общалась

с дядей Гарри много лет, и вдруг пришло приглашение на свадьбу Боба. Марк решил, что это прекрасный способ развлечься. Мама Эми считала, что им обязательно нужно пойти. Свадьба была в прошлые выходные. Но утром в день церемонии у Эми два раза были судороги, поэтому они не смогли никуда поехать[8].

■ ■ ■

Тем временем у нас в нейропсихиатрическом отделении ожидали поступления нового больного. Невероятно, но факт: потребовался целый год, чтобы наконец добиться разрешения положить к нам Кристофера (которому уже исполнилось восемнадцать) “на испытательный срок”. Как только этот вопрос был улажен, междисциплинарный консилиум начал обследование[9]. Кристофер был в числе самых тяжелых инвалидов, которых нам доводилось лечить. Все считали его вежливым, дружелюбным, серьезным юношей. Такими же были и его мама с папой — приветливыми и благодарными.

Собственное состояние ставило Кристофера в тупик так же, как и остальных. Он понимал, что все анализы и снимки у него нормальные, но это почему-то не помогало. Жутко было смотреть, как этот могучий на вид, крепко сбитый молодой человек ростом больше шести футов с трудом набирает на компьютере имейлы или ищет что-то в интернете при помощи палочки, зажатой в зубах, — как при полном параличе из-за сломанной шеи. Да и удастся ли нам вылечить его — после такой задержки?

Поговорив с Кристофером и изучив все пункты в пространном заключении клинического психолога, я решил, что мне будет полезно самому провести физический осмотр. Кристофер полулежал в постели, опираясь на подушки. Я попросил поднять правую ногу; движение было едва заметным. Потом я попросил его надавить на матрас правой пяткой, которую держал в ладони — никакого усилия. Затем я попросил его поднять левую ногу. На сей раз Кристофер с усилием медленно приподнял ногу над матрасом, она несколько секунд покачалась в воздухе и рухнула обратно. Я попросил его проделать это снова, но при этом положил левую руку на его левую голень и велел сопротивляться давлению. Одновременно я украдкой подсунул правую руку под его правую пятку, как раньше. Левая нога поднялась.

— Отлично, молодец! Подержите еще немного.

При этом я ощутил некоторое напряжение в правой ноге, до этого парализованной. Когда я попытался приподнять ее за пятку, мышцы ощутимо напряглись, сопротивляясь мне.

Я перестал давить ему на левую ногу, и он вздохнул с облегчением.

— Вы заметили, что произошло? Когда вы сосредоточились на том, чтобы поднять левую ногу, правая словно бы обрела силу.

Кристофер оторопел.

— Видите ли, это естественный рефлекс. Когда поднимаешь одну ногу, вторая автоматически давит вниз, чтобы сохранить равновесие. Но если вы попытаетесь сделать это нарочно, ничего не получится.

— Но я правда старался!

— Не сомневаюсь. Я показываю вам, что у вас функциональный паралич. Это означает, что сигналы от мозга не доходят до мышц. Почему, я не знаю. Главное — что связи на самом деле сохранились и работают, просто вам нужно задействовать их не напрямую, а косвенно. Но это так или иначе хорошо. Вся структура, все нервы — электропроводка организма — сохранны, никаких необратимых физических повреждений нет[10].

Кристофер слушал меня с явным интересом и, очевидно, понимал, что из этого следует. Не исключено, что ему станет лучше, но охватить все сразу невозможно.

— Вы же слышали, как иногда случается у спортсменов, даже у самых лучших. Они словно цепенеют. Вы были вратарем. Наверняка вы знаете, как бывает, когда бьют пенальти. Нападающий выходит вперед, ему нужно всего-навсего с двенадцати ярдов попасть в огромные ворота…

— Ага, и иногда он берет и промахивается. Глазам своим не веришь.

— Когда мы сильно напряжены и чувствуем, что на нас все смотрят, и, может быть, слишком сильно стараемся, делать все то, что обычно происходит автоматически — ходить или бить по мячу, — вдруг становится… очень сложно. Но если мы спокойны, не задумываемся над каждым движением, пускаем дело на самотек, все обычно проходит как по маслу.

Такое объяснение зачастую просто чудеса творит, например при слабости одной половины тела или в случаях, когда человеку трудно ходить нормально. Опытные физиотерапевты, в частности Гленн Нильсен, который сейчас работает в Лондоне, изобрели целый ряд остро-

умных методов, помогающих больным преодолевать функциональные неврологические расстройства[11]. Скажем, больного просят пятиться — и тогда все излишнее напряжение, которое он вкладывал в каждый следующий шаг, становится ненужным, и внезапно оказывается, что пятиться "не думая" проще, чем идти вперед[12]. Похоже, при функциональных неврологических расстройствах парадоксальным образом чем меньше стараешься, тем легче все получается. Однако нарушения у Кристофера были слишком глубоки. Нам нужно было заставить его руки и ноги хоть как-то двигаться — тогда будет база для дальнейшей работы.

При нейромышечных расстройствах одним из средств диагностики служит транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). Магнитную катушку помещают внутрь пластины, похожей на ракетку для пинг-понга, и пропускают сквозь нее электрические импульсы. Это на долю секунды создает магнитное поле. Если поместить пластину над нужным участком моторной коры мозга, где зарождаются сигналы, обеспечивающие движение рук и ног, или на их пути где-то ниже — скажем, над спинным мозгом или над нервными окончаниями, исходящими из спинномозгового канала, это создает безвредный ток, который проходит по нервам и заставляет сократиться соответствующую группу мышц. Клинический нейропсихолог может зарегистрировать даже микроскопические сокращения, введя в мышцу тонкую иглу, соединенную с усилителем и записывающим устройством. По ним врачи могут сказать, нормально ли "выстреливают" нейроны и здорова ли мышца. Можно также измерить в миллисекундах время между стимулом, исходящим из

магнитной катушки, и сокращением мышц, и определить, не замедлена ли скорость нервной проводимости. Прямо как электрик, проверяющий проводку.

Кристофера вкатили на каталке в нейрофизиологическую лабораторию. Врач-нейрофизиолог откалибровал приборы, чтобы задать пороговые значения, и приступил к работе. Он помещал пластину на шею Кристофера и регистрировал сокращения икроножных мышц; оборудование щелкало, пищало и потрескивало на разные лады. На экране монитора возникали цифры, и врач, прочитав их, сообщил, что все промежутки прохождения сигнала в пределах нормы, а мышцы при стимуляции сокращаются как положено. Все это вселяло надежду, и мы еще раз сказали Кристоферу, что проводка в порядке, но “нам нужно перезапустить ток”. На Кристофера это не произвело особого впечатления. Мы решили попробовать несколько иначе: применять не минимальные стимулы, от которых мышцы только подергиваются, а прибавить силы — что нам мешает? Поколдовали над машиной, поместили пластину над моторной корой и нажали красную кнопку. Послышался обычный громкий щелчок, но на сей раз ноги Кристофера так и подбросило.

— Ух ты! Что это было? — воскликнул Кристофер.

Еще импульс. На сей раз парализованная правая нога резко выпрямилась.

— Эй, как вы это делаете?

Еще раз.

Кристофер покачал головой:

— Круто!

Затем мы перешли к записи сокращений мышц. К аппаратуре был подсоединен динамик, из которого доноси-

лось пощелкивание, соответствовавшее каждому сокращению мышечных волокон. Прибавить звук ничего не стоило. Нейрофизиолог, человек в целом необщительный, обратился к Кристоферу и сказал, что мы показали ему, как работают его икроножные мышцы, а теперь хотим, чтобы он сам попробовал. Все глаза уставились на зеленый проводок, исходивший от иглы в ноге Кристофера. Щелк. Щелк-щелк. Щелк! — донеслось из динамика.

— Давайте-давайте, вы можете лучше! — уговаривали мы.

Щелк-щелк-щелк! Звук нарастал, ритм ускорялся. Как будто металлоискатель натолкнулся на груду монет под землей. Бзззззззззз! — зажужжала машина.

— Гениально! — разом воскликнули мы.

На самом деле стопа еле двигалась — это мы прибавили театральности, когда подкрутили звук до максимума, — но впечатление было самым настоящим. Кристофер вдруг получил положительную обратную связь за свои старания, а она дала надежду. Он хохотал и не мог остановиться. А я понял, что Кристофер, который вполне мог превратиться в "душераздирающий случай", с этого дня твердо встанет на путь к терапевтическому успеху.

Следующий сеанс мы провели с физиотерапевтами в тренажерном зале. Кристофера подвесили на подъемнике над брусьями. Ноги у него едва касались земли, зато руки сами собой схватились за брусья на уровне пояса. Кристофера опустили еще на несколько миллиметров. Ноги рефлекторно выпрямились, он отчасти оперся на них. Под ободряющие возгласы физиотерапевтов Кристофер попытался поднять левую ногу, которая лучше работала, и сделать первый пробный шаг.

Шли недели, и с каждым днем у Кристофера постепенно прибавлялось возможностей. Эрготерапевт решила поработать с компьютерной палочкой. Она сказала, что надо ее забрать в порядке эксперимента и проверить, сможет ли Кристофер, если подложить ему под запястье пенопропиленовую подушечку, обратить еле различимые движения пальцев в целенаправленное нажатие на клавиши. Да, смог, и каждая маленькая победа опиралась на предыдущую. Атмосфера переменилась. Сессии с клиническим психологом также принесли свои плоды. Кристофер был хороший пациент. Ему нравились механистические объяснения происходящего с отсылками к анатомии мозга и нейрофизиологии. К нему впервые относились как к взрослому. Начались разговоры о жизни дома, о планах на будущее. Кристофер хотел сдать экзамены на аттестат зрелости, но считал, что родительский дом надо покинуть. Он любил родителей и Лео, но они не видели в нем взрослого. Ему нужна была независимость.

Месяца через четыре Кристофер уже ходил практически нормально со щегольской тросточкой, и его состояние продолжало улучшаться. Он мог самостоятельно есть и одеваться, пользовался компьютером. Иногда он уставал, но все понимали, что он поправится. Родители, естественно, были в восторге. Мы наблюдали чудесное преображение.

Я понял, что пора писать еще одно письмо. И решил написать чиновнику, ответственному за переводы в специализированные больницы, чтобы этот человек понял, насколько бесчеловечным было его решение лишить молодого парня шанса исцелиться от полного па-

ралича — ведь из-за него Кристофер пробыл парализованным целых четыре года. Я хотел забросать жалобами и Комиссию по контролю над медицинскими услугами, и Генеральный медицинский совет, и прессу — и пусть все искренне попросят прощения у Кристофера и его родных. Я поделился своими планами с семьей Кристофера, но они отнеслись к ним без особого энтузиазма. К чему ворошить прошлое? Кристофер уверенно поправляется — не сглазить бы. Местные врачи старались как могли. Всем нам доводилось совершать поступки, о которых мы теперь жалеем, и вообще, никто не хочет поднимать шум.

■ ■ ■

Эми с Марком пришли ко мне на прием в клинику. Прошел примерно год с тех пор, как у Эми нашли рак мозга. Она заметно сдала. Ходила, опираясь на ходунки с колесиками, иначе ее шатало. При разговоре запиналась, забывала нужные слова. Опухоль разрушила участки левой лобной доли, отвечающие за экспрессивную речь и контроль над правой половиной тела. (При более тяжелых поражениях речь сводится к нескольким стереотипным словам или даже частям слов.)

—Трудно… хожу медленно… речь — стараюсь… припадков нет, ура! — Она показала большие пальцы.

Марк нежно и деликатно пришел ей на помощь:

—Да, было трудно, но могло быть гораздо хуже. Нам очень помогали в больнице и в *Macmillan team*[*], и мы

[*] Британская некоммерческая организация, поддерживающая онкологических больных. *(Прим. перев.)*

замечательно проводим время в семье. Джейд поначалу было трудно, но она справляется. Мама Эми взяла на себя очень многое, она просто чудо. Нам не обойтись без нее.

Эми покосилась на меня. Она ему не сказала, решил я. Какая жестокая шутка судьбы — только Эми смогла наконец выразить словами свои воспоминания о насилии после стольких лет молчания, о том, в каком страшном тупике она оказалась, как ей изменила способность подбирать нужные слова[13].

Мы немного поговорили, но для Эми это была непосильная нагрузка. Я почти ничего не мог для нее сделать. Пожелал удачи, мы распрощались. Назавтра Марк позвонил мне. Они поставили машину у парковочного счетчика неподалеку от больницы, за углом. Прием занял больше времени, чем они рассчитывали, а поскольку Эми трудно ходить, их оштрафовали за неправильную парковку. Он спросил, не могу ли я помочь, скажем, написать письмо. Письмо?! Еще бы! Я схватил диктофон и излил в него всю свою сдерживаемую ярость в хлестких, отточенных выражениях.

Ответа я не получил и забыл об этом эпизоде — но полгода спустя от Марка пришло письмо, написанное от руки. Он решил, что мне будет приятно знать: городской совет прислал им извещение, что прошение об отмене штрафа за неправильную парковку удовлетворено и сумма будет возвращена в полном объеме. А все благодаря моему обращению. Марк поблагодарил меня за все. И продолжил: “Эми скончалась две недели назад. Мы были дома, все вместе, как она и хотела, и конец был мирным”.

■ ■ ■

Последний раз я видел Кристофера в поликлинике. Он приехал сам, на общественном транспорте. Смотреть на него было отрадно. Он был могуч и довольно красив. Увидев меня, он просиял и рассказал, как у него дела. Он учится в колледже, готовится к экзаменам в университет, живет пока дома, но подыскивает квартиру, которую можно было бы снимать с другими студентами. Когда он вспоминает о потерянных годах, у него, безусловно, портится настроение, ведь школьные друзья уже учатся в университетах или работают, и ему страшно, что болезнь вернется, но все это можно пережить.

Я спросил, понимает ли он, что с ним произошло, хотя бы теперь, задним числом, и каково это, когда ты не в состоянии управлять собственным телом. Увы, никаких откровений не последовало. Кристофер сказал, что у него было ощущение некоторой отстраненности: “Как будто это не мое тело, вот я и не могу им шевелить”. Все это было так странно и непонятно. Кристофер помнил, как у него брали пункцию, он тогда ничего не соображал от ужаса. Ощущение было такое, будто врачи вонзают ему кинжал прямо в спинной мозг, и вдруг он перестал чувствовать что бы то ни было. Когда я спросил Кристофера, что помогло ему сильнее всего, он ответил не задумываясь: оптимистическое и теплое отношение всех врачей и медсестер и объяснения, что с ним произошло, которые имели хоть какой-то смысл. А транскраниальная магнитная стимуляция? Да, это был определенно переломный момент — у него появи-

лось осязаемое доказательство, что он еще может поправиться[14].

■ ■ ■

Я часто вспоминаю Эми и Кристофера. Такие разные — и при этом столько общего. У обоих функциональные неврологические расстройства, и любые попытки разделить их состояния на ментальное и физическое были заранее обречены. Оба — яркий пример несостоятельности дуализма “разум — тело”, неистребимого в клинической работе нейропсихиатров, и довод в пользу холистического подхода, который дает более полную картину. Я не считаю, что мы помимо материального мозга обладаем духом или жизненной силой, поэтому меня легко можно обвинить в редукционизме. Чему научили меня годы практики, так это тому, что все в нашей ментальной жизни сводится — то есть может быть сведено — к работе мозга. Но ведь наш мозг существует в мире взаимосвязей, на него влияет и жизненный опыт, и всевозможные определяющие факторы. Так что на самом деле перед нами стоит задача найти верное соотношение объяснений в континууме биологии, психологии и социологии.

Возьмем, к примеру, великий роман. Как лучше всего его понимать? На расстоянии все книги одинаковы. Под микроскопом мы увидим точечки типографской краски на целлюлозе. Но где-то посередине между этими крайностями мы обретаем сложнейшие узоры смыслов, вплетенных в язык и культуру. Для кого-то судь-

боносный перелом в жизни — это одна-единственная молекула, нарушившая генетический код, или скопление нейронов, почему-то пославших неверный сигнал; для кого-то жизненные дилеммы немыслимы и неразрешимы без рассмотрения, а по возможности и дешифровки нашей общей истории.

Наука не смогла остановить рост опухоли мозга у Эми и не обеспечила никакого умопостигаемого объяснения всего, что происходило в сознании Кристофера. Она не исправила прошлое, не изменила семейной истории ни у Эми, ни у Кристофера. Но есть и такие научные задачи, решение которых — лишь вопрос времени. И уже давно существует отрасль медицины, способная навести мосты через эту бездну и обеспечить хоть какое-то понимание, вернуть веру, а подчас и преобразить жизнь.

Благодарности

Я хотел бы поблагодарить всех коллег, наставников, учителей, студентов и, разумеется, больных, которым я обязан всем. Особое спасибо Луису Эплби, Чарльзу Гики, Майклу Дэвиду, Эндрю Ходжкиссу, Эдуардо Якопони, Самиру Джаухару, Нику Медфорду, Тиму Николсону и Ульрике Шмидт за замечания к черновикам, а также “Патрику”, “Виктории”, “Дженнифер” и “Кристоферу” за согласие опубликовать мои версии их историй.

Кроме того, я хотел бы особо поблагодарить моего редактора Алекса Кристофи, чей соколиный глаз, выхватывающий каждую мелочь, и острый слух, улавливающий каждый диссонанс, превратили набор клинических зарисовок в что-то похожее на самую настоящую книгу.

Я приложил все усилия, чтобы обеспечить анонимность героев историй, собранных под этой обложкой. Во всех описанных случаях изменены имена, возраст, а иногда и пол и другие индивидуальные характеристики, а также основные факты, чтобы таким образом замаскировать героев до неузнаваемости. Многие мои рассказы — на самом деле гибриды, составленные на основе историй нескольких людей и разных событий. Тем не менее, надеюсь, мне удалось сохранить истинную “суть”

этих историй и не погрешить против биографий моих подлинных героев и реальности, которая за этим стоит. Уповаю на то, что книга окажется полезной и поучительной для каждого, кто столкнулся с подобными недугами и расстройствами, а это оправдывает использование случаев, почерпнутых из реальной жизни.

Примечания

Введение

1. Bolton, D., Gillett, G. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease*. Cham: Palgrave Pivot, 2019, 1–145 (недавно опубликованная философская полемика двух врачей вокруг этой модели).
2. Jaspers, K. *General Psychopathology.* 7th edn, trans. J. Hoenig, M. W. Hamilton Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1913/1997. (Ясперс, К. *Общая психопатология*. М.: КоЛибри, 2020.)
3. Laing, R. D. *The Divided Self*. Modern Classics. London: Penguin Books, 2010 [first published as *The Divided Self: A Study of Sanity and Madness*. London: Tavistock Publications, 1960)]. (Лэйнг Рональд Д. *Расколотое я.* М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017.)

Глава 1. Dopamine

1. Fahn, S. 'The History of Dopamine and Levodopa in the Treatment of Parkinson's Disease'. *Movement Disorders*, 23 (Suppl 3), 2008, 497–508.
2. Howes, O. D. 'What the New Evidence Tells Us About Dopamine's Role in Schizophrenia' в сб.: *Schizophrenia: The Final Frontier — a Festschrift for Robin M. Murray*. eds A. S. David, S. Kapur, P. McGuffin. Hove East Sussex: Psychology Press, 2011, 365–372.

3. Crow, T.J. Johnstone, E.C., McClelland, H.A. 'The Coincidence of Schizophrenia and Parkinsonism: Some Neurochemical Implications'. *Psychological Medicine*, 6, 1976, 227–233.
4. Несомненная эффективность клозапина — еще один удар по дофаминовой теории шизофрении, хотя и не смертельный. Это лекарство блокирует рецепторы дофамина, но совсем слабо. Кроме того, известно, что оно влияет на целый ряд других нейромедиаторных систем, отсюда и относительно мягкие побочные эффекты с точки зрения моторики.
5. Rogers, J., Pollak, T., Blackman, G., David, A.S. (2019) 'Catatonia and Immune Dysregulation: A Review'. doi: 10.1016/S2215–0366(19)30190–7. *Lancet Psychiatry* 6 (7). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31196793/
6. Анализ на основании кибернетического подхода оказывается полезным при исследовании многих неврологических и психиатрических явлений (см.: Spence, S.A. 'Alien Motor Phenomena: A Window on to Agency'. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 2002, 211–220). Разумеется, начинать надо с команды или "желания" двигаться. Затем сигнал "двигаться" передается на контроллер двигателя, который, в свою очередь, выбирает и включает соответствующие механизмы. Далее информацию о движении часто направляют обратно в "сравнивающее устройство", чтобы внести поправки. Например, если рука собирается размахнуться слишком слабо или слишком сильно, это можно скорректировать. В идеале командующий должен иметь возможность отличать свои собственные преднамеренные действия от действий, вызванных сторонними факторами, поэтому каждый раз, когда отдается команда, сравнивающее устройство получает распоряжение ожидать действия — наподобие электронного письма с подтверждением, которое получаешь, когда заказываешь билеты в интернете, на техническом жаргоне "эфферентная копия". Если что-то завладевает вашей рукой и двигает ее туда-сюда, эфферентной копии не будет, поэтому "система" делает вывод, что движение вызвано сторонними силами и вы даже не видите, что происходит. Подобным же образом, если намерение совершить движение

(с эфферентной копией) не сопровождается ощущением движения (обратной связью, говорящей, что движение происходит), очевидно, дело не в сообщении как таковом, а в том, что оно не доходит до адресата. При болезни Паркинсона человек порой не способен двигаться вообще или совершить движение, хоть сколько-нибудь похожее на задуманное. Намерение налицо, больные его ощущают благодаря эфферентной копии, поэтому есть ощущение усилия, но движения не происходит. Напротив, если у человека тремор (другой ключевой симптом болезни), он понимает, что не выполняет это движение преднамеренно — оно происходит само ("Это не я, это Паркинсон!"). Проблема пассивного чувственного опыта состоит в том, что намерение совершить движение не сопровождается эфферентной копией (имейл с подтверждением либо не отправлен, либо не дошел), поэтому у человека нет ощущения, что он совершает его по своей воле, — наоборот, складывается впечатление, будто его телом управляет кто-то другой. Чем это отличается от тремора при болезни Паркинсона? Вероятно, при болезни Паркинсона разлаживается сам механизм — болезнь его ломает, — а при шизофреническом автоматизме проблема "выше" в системе, на уровне самого намерения. Движение обладает всеми признаками преднамеренного действия, того, что человек может совершить или совершал раньше, просто в данном конкретном случае отсутствует ощущение, что он делает это *сам*. Имейл не пришел! Корень зла — та часть системы, которая отвечает за эфферентные копии, это она перестает надежно работать, а совершение преднамеренного движения не затронуто. Есть и другое объяснение: проблема не в механизмах контроля, а в атрибуции. Это вызвано нашей склонностью искать объяснение для всего, особенно для необъяснимого. В зависимости от того, кто мы, каково наше происхождение и жизненный опыт, мы склонны предпочитать объяснения того или иного типа. Мое тело не делает того, что я от него хочу, — и я либо делаю вывод, что у меня неврологическое расстройство, либо предпочитаю считать, что это за меня действует какая-то внешняя сила.

Глава 2. Strawberry Fields Forever

1. David, A. S. 'On the Impossibility of Defining Delusions'. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 6, 1999, 17–20.
2. Если я говорю, что был капитаном сборной Англии на чемпионате мира в Бразилии в 1950 году, это бред (точнее, бредовое воспоминание), которое очевидно противоречит логике, поскольку я тогда еще не родился. И я охотно признаю, что, пожалуй, команда не стала бы меня слушаться.
3. Современная нейропсихология предпочитает не проводить строгих параллелей между теми или иными нарушениями и теми или иными участками мозга и старается описывать их в терминах рассматриваемых процессов. Умение менять точку зрения, или умение решать задачи в более общем смысле, относят обычно к "способности к целенаправленной деятельности".
4. Noyes, R., Jr., Kletti, R. 'Depersonalization in the Face of Life-Threatening Danger: An Interpretation'. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 7, 1976, 103–14.
5. Ciaunica, A., Charlton, J. (June 21 2018). *When the Self Slips* [online]. https://aeon.co/essays/what-can-depersonalisation-disorder-say-about-the-self. Aeon. (Accessed 25 June 2018.)
6. Sierra, M., Senior, C., Dalton, J. et al. 'Autonomic Response in Depersonalization Disorder'. *Archives of General Psychiatry*, 59, 2002, 833–838.
7. Ellis, H. D., Whitley, J., Luauté, J. P. 'Delusional Misidentification: The Three Original Papers on the Capgras, Frégoli and Intermetamorphosis Delusions'. *History of Psychiatry*, 5, 1994, 117–118.
8. Young, A., Leafhead, K. 'Betwixt Life and Death: Case Studies of the Cotard Delusion' в: *Method in Madness: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry*, eds P. W. Halligan, J. C. Marshall. Hove East Sussex: Psychology Press, 1996, 147–171.
9. Ben-Naim, E., Vazques, F., Redner, S. 'What Is the Most Competitive Sport?', *arXiv: physics*, 0512143 v1, 15 December 2005.

Глава 3. Losing My Religion

1. Freud, S. 'Mourning and Melancholia' в: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914–1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, ed. J. Strachey. New York: Norton, 1976, 237–258. (Фрейд З. "Скорбь и меланхолия". В сб.: Фрейд З. *Художник и фантазирование.* М.: Республика, 1995.)
2. Brown, G. W., Harris, T. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock, 1978.
3. Здесь я опираюсь на всесторонний, но сугубо профессиональный обзор этой темы, который проделал Марк Уильямс с коллегами. См.: Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C. et al. 'Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder'. *Psychological Bulletin*, 133, 2007, 122–148.
4. Neeleman, J. 'Suicide as a Crime in the UK: Legal History, International Comparisons and Present Implications'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 1996, 252–257.
5. Durkheim, E. *On Suicide*. Ed. R. Sennett. Trans. R. Buss, 1897. London: Penguin Classics, 2006. (Дюркгейм Э. *Самоубийство: социологический этюд.* М.: Мысль, 1994.)
6. Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F. et al. 'Religious Affiliation and Suicide Attempt'. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2004, 2303–2308.
7. Thomas, K., Gunnell, D. 'Suicide in England and Wales 1861–2007: A Time — Trends Analysis'. *International Journal of Epidemiology*, 39, 2010, 1464–1475.
8. Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S. et al. 'Long Term Effect of Reduced Pack Sizes of Paracetamol on Poisoning Deaths and Liver Transplant Activity in England and Wales: Interrupted Time Series Analyses'. *British Medical Journal*, 2013, 346: f403.
9. Rubin, D. C., ed. *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, 244–267.

10. Dalgleish, T., Werner-Seidler, A. ‘Disruptions in Autobiographical Memory Processing in Depression and the Emergence of Memory Therapeutics’. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 2014, 596–604. В этой статье описывается разработка новых психологических терапевтических подходов на основании исследований автобиографической памяти.

Глава 4. Just the Two of Us

1. Snaith, R. P., Taylor, C. M. ‘Irritability: Definition, Assessment and Associated Factors’. *British Journal of Psychiatry*, 147, 1985, 127–136.
2. Angst, J., Sellaroa, R. ‘Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder’. *Biological Psychiatry*, 48, 2000, 445–447.
3. Crammer, J. L. ‘Periodic Psychoses’. *British Medical Journal*, 1 (5121), 1959, 545–549.
4. Многим из нас строгий двадцатичетырехчасовой цикл кажется несколько неудобным. Кто-то предпочитает вставать пораньше (жаворонки) и успевает много сделать за первую половину дня, кому-то значительно лучше работается вечером (совы). Ученые интересовались предрасположенностью разных “хронотипов” к биполярному расстройству, однако не выявили никакой четкой корреляции. Однако есть данные, что причина биполярного расстройства — неконтролируемый разлад основных биологических ритмов.
5. Полезный обзор научных статей по этой теме можно найти в: Morgan, C., McKenzie, K., Fearon P., eds. *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Lewis, G., Croft-Jeffreys, C., David, A. ‘Are British Psychiatrists Racist?’*British Journal of Psychiatry*, 157, 1990, 410–415.
7. MacPherson, W. *The Stephen Lawrence Inquiry. Report of an Inquiry*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277111/4262.pdf. United Kingdom: The Stationery Office.

8. Fanon, F. *Black Skin, White Masks.* Paris: Éditions du Seuil, trans. R. Philcox, 1952 (New York: Grove, 2008).
9. 'Altérations mentales, modifications caractérielles, troubles psychiques et déficit intellectuel dans Thérédo-dégénération spino-cérébelleuse: à propos d'un cas de maladie de Friedreich avec délire de possession' (med. thesis, 1952, University of Lyon). Цит. по: Keller, R.C. 'Clinician and Revolutionary: Frantz Fanon, Biography, and the History of Colonial Medicine', *Bulletin of the History of Medicine*, 81, 2007, 823–841. Работа была посвящена атаксии Фридрейха — это генетическое нейродегенеративное заболевание, приводящее к постепенному неуклонному ухудшению чувства равновесия и координации движений и к прогрессирующей деменции.
10. Keller, R.C. 'Clinician and Revolutionary: Frantz Fanon, Biography, and the History of Colonial Medicine', 823–841. Bulhan, H.A. 'Frantz Fanon: The Revolutionary Psychiatrist'. *Race and Class*, 21, 1980, 251–271.
11. Fanon, *Black Skin, White Masks*, 168.
12. Beauclerk, C. *Piano Man: A Life of John Ogdon*. London: Simon & Schuster, 2014.
13. Имя Гершвина тоже связано с нейропсихиатрией. В тридцать восемь лет он стал склонен к непредсказуемым поступкам, жаловался, что ему везде мерещится запах горелой резины, и забывал на концертах собственную музыку. Сначала врачи в больнице отмахнулись от него, решив, что "это истерическое" (Гершвин тогда проходил курс психоанализа), но вскоре стало очевидно, что у него какая-то аномалия височной доли: обонятельные галлюцинации — характерный симптом подобных расстройств. Он умер всего через несколько недель, и оказалось, что у него была злокачественная опухоль (мультиформная глиобластома правой височной доли).
14. "Just the Two of Us" (1981) — песня Билла Уизерса, Уильяма Салтера и Ральфа Макдональда. Исполнители Грувер Вашингтон и Билл Уизерс.

Глава 5. You Are What You Eat

1. Грелин — сокращение от *growth hormone releasing peptide* (пептид, высвобождающий гормон роста). К тому моменту, как его открыли, я уже давно окончил медицинскую школу. Название мне нравится: сразу вспоминаешь гремлинов — удачный образ того, кто бесится, если не поест.
2. Опухоли мозга, давящие на гипоталамус, приводят либо к выраженной анорексии, либо к перееданию. Существует синдром Прадера — Вилли, теоретически очень интересное генетическое отклонение, но в реальности настоящая трагедия; его вызывает делеция участка 15-й хромосомы. При этой болезни дети жадно едят, не чувствуя сытости. Первоначально предполагалось, что это просто следствие повышенного грелина, но гипотеза не подтвердилась. См.: Cassidy, S.B., Schwartz, S., Miller, J.L. et al. ‘Prader — Willi syndrome’. *Genetics in Medicine*, 14, 2012, 10–26.
3. Тем, кому интересно углубиться в технические подробности, рекомендую следующие обзорные статьи: Anderman, M.L., Lowell, B.B. ‘Toward a Wiring Diagram Understanding of Appetite Control’. *Neuron*, 95, 2017, 757–758; Ferrario C.R., Labouebe, G., Liu, S. et al. ‘Homeostasis Meets Motivation in the Battle to Control Food Intake’. *Journal of Neuroscience*, 36, 2016, 11469–11481.
4. Галл был знаменитым викторианским ученым и одним из личных врачей королевы Виктории (почетный титул). Он ратовал за допуск женщин во врачебную профессию, что не может не восхищать.
5. Bruch, H. ‘Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa’. *Psychosomatic Medicine*, 24, 1962, 187–94.
6. Orbach, S. *Fat Is a Feminist Issue: The Anti-Diet Guide to Permanent Weight Loss*. New York: Paddington Press, 1978.
7. Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M. et al. ‘Anorexia Nervosa: Aetiology, Assessment, and Treatment’, *Lancet Psychiatry*, 2, 2015, 1099–1011.
8. Симптомы *anorexia nervosa* или атипичные формы этого расстройства могут быть в крайне редких случаях вызваны

опухолями мозга и еще реже — инсультами, травмами или пороками развития. Чаще всего при этом поражается гипоталамус, однако описаны случаи, практически неотличимые от “классической” нервной анорексии, когда опухоль находилась в височной или лобной доле, чаще справа, что доказывает, что это не просто “плохой аппетит” (см.: Uher, R., Treasure, J. ‘Brain Lesions and Eating Disorders’. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 2005, 852–857).

9. Freud, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition, 19, 1923, 1–66. (Фрейд, З. *“Я” и “Оно”*. СПб, Лениздат, 2014.)
10. В так называемом недоминантном полушарии, поскольку речь и язык, как напоминает нам Фрейд, контролируются “доминантным” левым полушарием (см. также главу 7).
11. Catani, M.A. ‘Little Man of Some Importance’. *Brain*, 140, 2017, 3055–3061 (прекрасно иллюстрированное описание теории гомункула по Пенфилду и ее современного состояния).
12. Rozin, P., Fallon, A.E. ‘A Perspective on Disgust’. *Psychological Review*, 94, 1987, 23–41.
13. Rozin, P., Haidt, J., McCauley, C. et al. ‘Individual Differences in Disgust Sensitivity: Comparisons and Evaluations of Paper-and-Pencil Versus Behavioral Measures’. *Journal of Research in Personality*, 33, 1999, 330–351.
14. Phillips, M.L., Senior, C., Fahy, T. et al. ‘Disgust: The Forgotten Emotion of Psychiatry’. *British Journal of Psychiatry*, 172, 1998, 373–375.
15. Dell’Osso, L., Abelli, M., z, B. et al. ‘Historical Evolution of the Concept of Anorexia Nervosa and Relationships with Orthorexia Nervosa, Autism, and Obsessive-Compulsive Spectrum’. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2016, 1651–1660.
16. Bell, R.M. *Holy Anorexia*. Chicago: University of Chicago Press, 1985.
17. Griffin, J., Berry, E.M. ‘A Modern Day Holy Anorexia? Religious Language in Advertising and Anorexia Nervosa in the West’. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 2003, 43–51.

Глава 6. Silent Music

1. Monti, M.M., Laureys, S., Owen, A.M. 'The Vegetative State'. *British Medical Journal*, 2010, 341: c3765.
2. Bateman, D.E. 'Neurological Assessment of Coma'. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 71 (Suppl I), 2001, (i)13–17.
3. Hume Adams, J., Graham, D.I., Jennett, B. 'The Neuropathology of the Vegetative State After an Acute Brain Insult'. *Brain*, 123, 2000, 1327–1338 (исследование проведено там же, где разработана “шкала комы Глазго”).
4. Bauby, J.-D. *The Diving Bell and the Butterfly*. First Vintage International edn. New York: Random House, 1998. (Боби, Ж-Д. *Скафандр и бабочка.* М.: Рипол-классик, 2009.)
5. Monti et al., 'The Vegetative State', 341: c3765.
6. Owen, A.M., Coleman, M.R., Boly, M. *et al.* 'Detecting Awareness in the Vegetative State'. *Science*, 313, 2006, 1402.
7. Этот тест получил название в честь своего изобретателя Алана Тьюринга (Turing, A.M. 'Computing Machinery and Intelligence'. *Mind*, LIX (236), 1950, 433–60, doi.org/10.1093/mind/LIX.236.433). Тьюринг утверждал, что, если машина или вычислительное устройство (“отвечающий”) способны отвечать на вопросы так, что задающий вопросы не может отличить их ответы от ответов другого человека, следует считать, что машина разумна. Тьюринг в своей статье подробно разобрал все преимущества и недостатки своего предложения, а в дальнейшем тест многократно исследовали и по большей части пересмотрели, однако стоит вспомнить воображаемую беседу, которую Тьюринг приводил в пример:

Задающий вопросы: Не кажется ли вам, что в первой строке сонета — “Сравню ли с летним днем твои черты” — сравнение с весенним днем будет ничуть не хуже и даже лучше?

Отвечающий: Не подходит по размеру.

Задающий вопросы: А если “с зимним днем”? Это прекрасно ложится в размер.

Отвечающий: Да, но кому же понравится, что его сравнивают с зимним днем?

Задающий вопросы: Разве мистер Пиквик напоминает вам о Рождестве?

Отвечающий: В каком-то смысле.

Задающий вопросы: Но ведь Рождество — зимний день, и я не думаю, что мистер Пиквик стал бы возражать против такого сравнения.

Отвечающий: Не лукавьте. Когда говорят “зимний день”, имеется в виду обычный зимний день, а не какой-то особый вроде Рождества.

Большинство из нас решили бы, что “отвечающий” в этой виньетке — человек, на том шатком основании, что у собеседников общий культурный багаж и отсылки к литературе, а беседа ведется неформально, и не в последнюю очередь — что у отвечающего есть чувство юмора.

8. Jaspers, T., Hanssen, G.M.J., van der Valk, J.A. et al. ‘Pervasive Refusal Syndrome as Part of the Refusal — Withdrawal — Regression Spectrum: Critical Review of the Literature Illustrated by a Case Report’. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 2009, 645–651. Конкретный вариант синдрома зависит от культурного контекста. Например, имела место целая волна подобных случаев в Швеции, где это расстройство называют *Uppgivenhetssyndrom*, синдром ухода от действительности (Sallin, K., Lagercrantz, H., Evers, K. et al. ‘Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound?’ *Frontiers in Behavioural Neuroscience*, 2016, 10:7, doi:10.3389/fnbeh.2016.00007), в контексте, когда родители ожидали решения по предоставлению им политического убежища в стране и рассмотрение дела затягивалось. Это вызвало политический раскол в обществе: одни утверждали, что матери манипулируют детьми, заставляют их так себя вести, чтобы эмоционально шантажировать власти, другие считали, что у травмированных детей это реакция отчаяния (см.: Bodegård, G. ‘Comment on the Paper “Pervasive Refusal Syndrome (PRS) 21 Years On: A Reconceptualization and Renaming” by Ken Nunn, Bryan Lask and Isabel Owen’. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 2014, 179–181). Вероятно, другой вариант этого синдрома — явле-

ние хикикомори, описанное в Японии через несколько лет после введения термина “синдром тотального отказа”: это расстройство поражает в основном юношей, которые полностью отказываются от социальных взаимодействий и лишь иногда выбираются из дома под давлением окружающих, обычно родителей. Мнения вокруг этого феномена опять же резко разделились — причиной считают что угодно, от лени, компьютерных игр и интернета до прикрытия насилия над детьми (см.: Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N. et al. ‘Lifetime Prevalence, Psychiatric Comorbidity and Demographic Correlates of “Hikikomori” in a Community Population in Japan’. *Psychiatry Research*, 176, 2010, 69–74).

9. Lask, B., Britten, C., Kroll, L. et al. ‘Children with Pervasive Refusal’. *Archives of Diseases of Childhood*, 66, 1991, 866–869.
10. В медицине полным-полно “исключений, подтверждающих правило”. Одно из них — “альфа-кома”, при которой у коматозного пациента присутствуют волны альфа-диапазона, однако этот ритм регистрируют датчики в другой части головы, ближе ко лбу, и он не исчезает, когда глаза открыты.
11. Нейрофизиологи называют это “парадигма белой вороны” *(oddball paradigm)*.
12. Balconi, M. ‘State of Consciousness and ERP (Event-Related Potential) Measures. Diagnostic and Prognostic Value of Electrophysiology for Disorders of Consciousness’. *Neuropsychological Trends*, 10, 2011, 43–54.
13. См. с. 34: “Кататония” — широкий термин, охватывающий целый спектр странных особенностей моторного поведения…
14. Packer, Sh. *Cinema’s Sinister Psychiatrists: From Caligari to Hannibal.* McFarland and Company, Jefferson, North Carolina, 2012.
15. Freeman, C.P., Kendell, R.E. ‘ECT: 1. Patients’ Experiences and Attitudes’. *British Journal of Psychiatry,* 137, 1980, 8–16.
16. Rose, D., Wykes, T., Leese, M. et al. ‘Patients’ Perspectives on Electroconvulsive Therapy: Systematic Review’. *British Medical Journal*, 326, 2003, 1363.

17. Luty, J. ‘Controversial Treatments in Psychiatry’. *British Journal of Psychiatry: Advances*, 23, 2017, 169–178.
18. ‘Electroconvulsive Therapy (ECT): The Clinical Effectiveness and Cost Effectiveness of Electroconvulsive Therapy (ECT) for Depressive Illness, Schizophrenia, Catatonia and Mania’. England: National Institute for Health and Care Excellence, 2003, TA59; modified 2009.
19. Единственно надежным можно считать двойное слепое рандомизированное контролируемое исследование (когда ни испытуемый, ни исследователь не знают, кто получает настоящее лечение, а кто плацебо), а плацебо в данном случае — “фиктивная процедура электрошоковой терапии”, то есть общий наркоз без электрического шока, причем это нужно повторить несколько раз — шесть, двенадцать или сколько требуется. К тому же ни одна богатая фармацевтическая компания не готова вкладывать свои деньги в доказательство эффективности электрошоковой терапии, а значит, расходы на идеальное исследование (несколько миллионов фунтов) целиком лягут на плечи какой-то общественной организации в области здравоохранения или совета по медицинским исследованиям.
20. Aviv, R. (2017, March 27). ‘Letter from Sweden: The Trauma of Facing Deportation’ [online]. www.newyorker.com/magazine/2017/04/03/the-trauma-of-facing-deportation

Глава 7. We Are Family

1. Gelauff, J., Stone, J., Edwards, M. et al. ‘The Prognosis of Functional (Psychogenic) Motor Symptoms: A Systematic Review’. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85, 2014, 220–226.
2. Оценить распространенность сексуального насилия над детьми невероятно трудно. Документальные свидетельства находятся нечасто, все рассказы о сексуальном насилии — это самораскрытие. В ходе одного недавнего исследования, где сравнивались больные с функциональными неврологическими расстройствами и другие психиатрические больные, было

обнаружено, что сексуальное насилие встречалось в анамнезе обеих групп, судя по историям болезни, одинаково часто — примерно в 20% случаев (см.: O'Connell, N., Nicholson, T., Wessely, S. et al. 'Characteristics of Patients with Motor Functional Neurological Disorder in a Large UK Mental Health Service: A Case — Control Study'. *Psychological Medicine*, 2019, 1–10, doi:10.1017/S0033291719000266). Большинство исследователей в этой области сочтут, что это занижение и на самом деле сексуальное насилие над детьми распространено значительно шире.

3. Исследование опиралось на тщательные поиски и строгое определение стрессогенных событий в жизни и показало, что в биографиях людей с конверсионным расстройством их и правда больше, особенно перед самым дебютом болезни (см.: Nicholson, T. R., Aybek, S., Craig, T. et al. 'Life Events and Escape in Conversion Disorder'. *Psychological Medicine*, 46, 2016, 2617–2626). Это подтверждает и тщательный, подробный обзор всех таких исследований в нашей области (см.: Ludwig, L., Pasman, J. A., Nicholson, T. et al. 'Stressful Life Events and Maltreatment in Conversion (Functional Neurological) Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Case-Control Studies'. *Lancet Psychiatry*, 5, 2018, 307–320).
4. Эти термины, позаимствованные у социальных наук, способны вызвать ожесточенные споры, и их легко интерпретировать ошибочно, тем не менее они внесли полезный вклад в биопсихосоциальный подход. Когда Талкотт Парсонс предлагал термин "роль больного", он говорил как социолог (см.: Parsons, T. *The Social System*. London: The Free Press of Glencoe, Collier MacMillan, 1951, 428–73; Парсонс Т. *О социальных системах.* М.: Академический проект, 2002). По его представлениям, общество при своем функционировании навязывает людям роли в разных обстоятельствах. Он не говорил, что люди играют эти роли, как актеры на сцене. Он говорил, что, если человек болен, это обеспечивает ему некоторые льготы, однако требует, чтобы он хотел выздороветь, прилежно лечился и слушался врача (последнее требование на совре-

менный вкус отдает патернализмом). Дэвид Меканик, другой американский социолог, развивал идеи Парсонса начиная с 1961 года и ввел понятие “поведения при болезни”. Он писал: “Таким образом, поведение при болезни включает в себя то, как человек следит за состоянием собственного организма, выявляет и интерпретирует симптомы, предпринимает различные действия для лечения и задействует различные источники помощи, а также пользуется услугами официальной системы здравоохранения” (Mechanic, D. ‘Illness Behaviour: An Overview’ в: *Illness Behavior*, eds. S. McHugh, T. M. Vallis. Boston: Springer, 1986, 101–109). Психиатр Исси Пилоуски впоследствии утверждал, что некоторые “психосоматические” состояния можно рассматривать сквозь призму “аномального поведения при болезни” (Pilowsky, I. ‘Abnormal Illness Behaviour’. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 1969, 347–351): речь идет о случаях, когда наблюдение и действия для лечения занимают все мысли больного, либо о случаях, когда очевидную болезнь отрицают. Мы наблюдаем зародыши такого поведения в повседневной жизни: одни при малейшем насморке ложатся в постель, а другие героически ходят на работу с температурой и требуют похвалы за свою стойкость — попутно заражая гриппом всех коллег. Наконец, в последнее время начались осторожные разговоры и об аномальном поведении *врача*. На одном полюсе — назначение ненужных лекарств и гипердиагностика по поводу мельчайших физических и ментальных симптомов, которые подвергаются бесконечным исследованиям, на другом — подозрения, что любой потенциальный больной окажется мошенником и симулянтом.

5. Разновидность опухолей, которая зарождается из астроцитов, “звездчатых клеток” мозга, названных так за свою форму.
6. Kutlubaev, M. A., Xu, Y., Hackett, M. L. et al. ‘Dual Diagnosis of Epilepsy and Psychogenic Nonepileptic Seizures: Systematic Review and Meta-analysis of Frequency, Correlates, and Outcomes’. *Epilepsy & Behavior*, 89, 2018, 70–78. (В этом обзоре, охватившем десятки исследований и опросов, авторы делают вывод, что у 22% больных, у которых изначально диагности-

ровали функциональные или психогенные неэпилептические судороги, была и эпилепсия. И наоборот — функциональные судороги, как у Эми, случаются у 12% больных эпилепсией.)

7. Нынешнее понимание связи между сексуальным насилием и детскими травмами, с одной стороны, и функциональными судорогами — с другой основывается скорее на понятии диссоциации, чем на теориях подавления и конверсии, принятых в XIX веке. Речь идет о ментальном процессе отделения от окружающего мира, отрешенности от непосредственных обстоятельств (отрешенность) или о распределении внимания таким образом, что одни мысли отделены от других (разделенное мышление). Подробное объяснение см. в: Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W. et al. 'Are There Two Qualitatively Distinct Forms of Dissociation? A Review and Some Clinical Implications'. *Clinical Psychology Review*, 25, 2005, 1–23. Многие рассказывают, что нечто похожее было с ними во время травматических переживаний и что это помогает справиться с ними — отключиться, даже словно бы выйти из тела и наблюдать происходящее со стороны. Вероятно, это способ преодолеть страх и боль в настоящий момент, но иногда становится привычным образом мыслей в дальнейшем, если подобные травматические события повторяются, и даже при воспоминании о них. Вероятно, именно это происходит при деперсонализации — устойчивом состоянии дистанцированности (см. главу 2). В подобном диссоциированном состоянии при разделенном мышлении человек не в полной мере контролирует собственные действия. Функциональные судороги, словно по следам в снегу, следуют сценарию эпилептического припадка, который больной либо наблюдал со стороны, либо пережил непосредственно. Некогда полезный механизм защиты выходит из-под контроля и сам становится проблемой.
8. Наглядный пример проявления функционального расстройства в контексте неразрешимой дилеммы, от которой болезнь помогает уклониться (Nicholson, T. R., Aybek, S., Craig, T. et al. 'Life Events and Escape in Conversion Disorder'. *Psychological Medicine*, 46, 2016, 2617–2626).

9. Такой подход к больным, подобным Кристоферу, — создание междисциплинарной врачебной бригады — описан в статье: McCormack, R., Moriarty, J., Mellers, J.D. et al. ‘Specialist Inpatient Treatment for Severe Motor Conversion Disorder: A Retrospective Comparative Study’. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85, 2014, 895–900.
10. Это так называемый признак Гувера, названный в честь Чарльза Франклина Гувера (1865–1927), который описал его в 1908 году. Гувер — американский врач, работавший в Кливленде, — славился как блестящий диагност.
11. Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A. et al. ‘Physiotherapy for Functional Motor Disorders: A Consensus Recommendation’. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 86, 2015, 1113–1119.
12. Аналогичным образом бегать проще, чем ходить. См. полезный веб-сайт доктора Джона Стоуна из Эдинбурга http://neurosymptoms.org/, где можно найти множество внятных объяснений, советов и примеров успешного лечения.
13. Расстройство речи, постигшее Эми, впервые описал в шестидесятые годы XIX века французский хирург Поль Брока. Он был уверен, что за языковые способности отвечает не правое полушарие, а левое; кроме того, если страдает способность выражать свои мысли словами (речь), это не обязательно связано с нарушениями восприятия речи, которое, как выяснилось через несколько лет, полностью зависит от областей, расположенных тоже слева, но позади, в височной и теменной долях. У пациента Брока была медленно растущая опухоль, которая в конце концов лишила его способности говорить, и несчастный произносил всего один слог “тан”, который и стал его прозвищем. Мозг этого больного сохранили, и опубликованы подробные данные его магнитно-резонансной томографии (Dronkers, N.F., Plaisant, O., Iba-Zizen, M.T. et al. ‘Paul Broca’s Historic Cases: High Resolution MR Imaging of the Brains of Leborgne and Lelong’. *Brain*, 130, 2007, 1432–1441). Сегодня зону мозга, которая у него была поражена опухолью, называют зоной Брока. Зигмунд Фрейд изучал расстройства

речи, вызванные поражением мозга (афазии), прежде чем обратиться к исследованиям истерии. Фрейду-неврологу претила мысль, что нечто столь сложное и неуловимое, как речь и язык, может быть локализовано в одном бугре серого вещества; он предпочитал рассматривать сеть взаимосвязанных регионов (Wallesch, C.-W. 'History of Aphasia: Freud as an Aphasiologist'. *Aphasiology*, 18, 2004, 389–399). Вряд ли можно считать совпадением, что в основе его теории истерии лежало предположение, что при этом расстройстве человек не может облечь в слова то, что не дает ему покоя.

14. Что это было на самом деле, неясно: возможно, эффект плацебо, а возможно — какая-то нейрофизиологическая перезагрузка. Сейчас группа под руководством Тима Николсона проводит контролируемые исследования транскраниальной магнитной стимуляции при функциональной слабости, в ходе которых сравнивает воздействие настоящей и фальшивой транскраниальной магнитной стимуляции. Нынешняя рабочая гипотеза Николсона состоит в том, что главную роль играет все же демонстрация возможности движения (а не просто сила убеждения, которая исходит от затейливого электронного оборудования и важных шишек в белых халатах). См.: Pollak, T. A., Nicholson, T. R., Edwards, M. J. et al. 'A Systematic Review of Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Functional (Conversion) Neurological Symptoms'. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 85, 2014, 191–197.

CORPUS 669
научно-популярное издание
corpus scientificum



Заметки нейропсихиатра
о душевных расстройствах

Главный редактор Варвара Горностаева
Художник Андрей Бондаренко
Редактор Екатерина Владимирская
Научный редактор Мария Гантман
Ответственный за выпуск Ольга Энрайт
Технический редактор Наталья Герасимова
Корректор Лилия Цинман
Верстка Константин Москалёв

Общероссийский классификатор продукции
ОК-034-2014 (КПЕС 2008); 58.11.1 — книги, брошюры печатные

Подписано в печать 12.08.21. Формат 60x90/16
Бумага офсетная. Гарнитура *OriginalGaramondC*
Печать офсетная. Усл. печ. л. 16,0
Тираж 2000 экз. Заказ №

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами
в ООО “ИПК Парето-Принт”, 170546, Тверская область,
Промышленная зона Боровлево-1, комплекс № 3А
www.pareto-print.ru

Произведено в Российской Федерации в 2021 г.
Изготовитель — ООО "Издательство АСТ"

ООО "Издательство АСТ"
129085 г. Москва, Звездный бульвар, д. 21, строение 1,
комната 705, пом. I, 7 этаж
Контактный адрес электронной почты: ask@ast.ru

"Баспа Аста" деген ООО
129085, Мәскеу қ., Звёздный бульвары, 21-үй, 1-құрылыс,
705-бөлме, I жай, 7-қабат
Біздің электрондық мекенжайымыз: www.ast.ru

Интернет-магазин: www.book24.kz
Импортер в Республику Казахстан ТОО "РДЦ-Алматы"
Дистрибьютор и представитель по приему претензий на продукцию
в Республике Казахстан: ТОО "РДЦ-Алматы"

Интернет-дукен: www.book24.kz
Қазақстан Республикасындағы импорттаушы "РДЦ-Алматы" ЖШС
Қазақстан Республикасында дистрибьютор және өнім бойынша
арыз-талаптарды қабылдаушының өкілі "РДЦ-Алматы" ЖШС
050039 Алматы қ., Домбровский көш., 3 "а", литер Б, офис 1
Тел.: +7 (727) 251-59-89, 90, 91, 92, факс: +7 (727) 251-58-12, доб. 107
E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz
Өнімнің жарамдылық мерзімі шектелмеген

По вопросам оптовой покупки книг обращаться по адресу:
123317 г. Москва, Пресненская наб., д. 6, строение 2,
БЦ "Империя", а/я № 5
Тел.: +7 (499) 951-60-00, доб. 574
E-mail: opt@ast.ru



